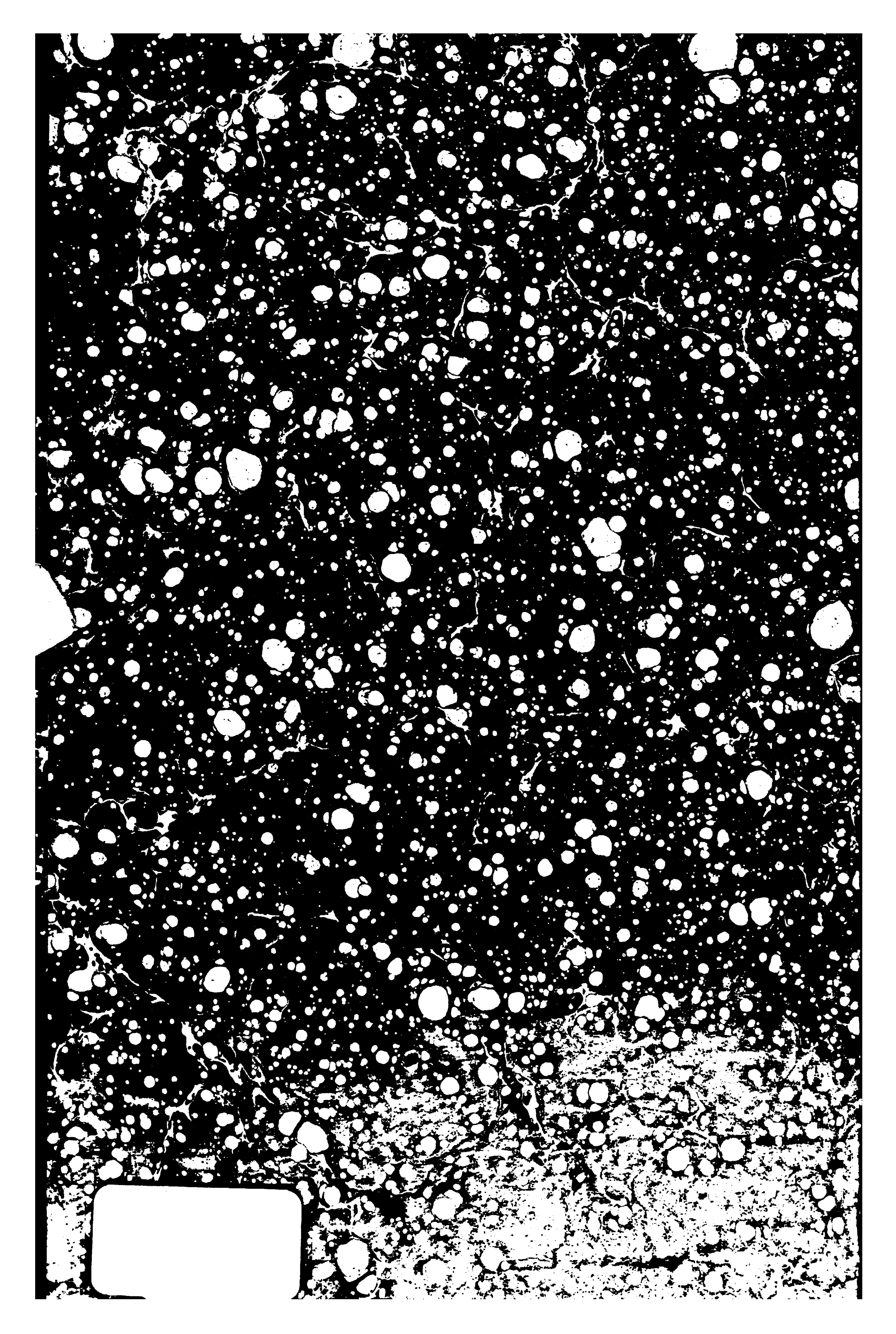


REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

Le Docteur Jules CHÉRON

Médecin de Saint-Lazare

Professeur libre de gynécologie (École pratique),
Docteur ès sciences, Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction Publique,
Membre de la Société de Médecine de Paris, Lauréat de l'Institut (physiologie expérimentale), Lauréat de la Faculté de Médecine (prix Barbier), etc.

AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES DOCTEURS :

JOSEPH BERRUTI
Agrégé à la Faculté de Médecine, Professeur à l'Université Royale de Turin.
DEMBO
de Saint-Pétersbourg.
R. FAUQUEZ
Médecin-adjoint de Saint-Lazare,
HÉLOT
Chirurgien chef des Hôpitaux de Rouen
LÉON LABBÉ
Professeur agrégé de la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

LANNELONGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

LE PILEUR
Médecin de Saint-Lazare.

PÉAN
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

E. VERRIER
ancien préparateur des cours d'accouchement à la Faculté de Médecine de Paris.

TOME DIXIÈME

PARIS
CHEZ COCCOZ, LIBRAIRE-ÉDITEUR
11, RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE, 11

1888

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — PERSISTANCE DU CANAL DE NUCK ET HYDROCÈLE DE LA GRANDE LÈVRE.

II. — TRAITEMENT DES PÉRIMÉTRITES PAR LA PONCTION ASPIRATRICE.

III. — ANTISEPTIE ET ASEPTIE DANS LA CHIRURGIE ABDOMINALE.

I. — On connaît la rareté de l'hydrocèle chez la femme; néanmoins l'existence de cette affection ne peut être mise en doute après les observations de E. P. Bennett (de Danbury), de Hart (de New-York), rapportées par G. Thomas (1) et celle de Goodell (2), etc., etc. Wile (3) a écrit sur ce sujet un mémoire utile à consulter.

L'hydrocèle peut exister sous la forme d'un liquide enkysté autour du ligament rond ; c'est la *forme extra-péritonéale* ou hydrocèle enkystée du ligament rond. Elle peut aussi se produire dans un prolongement du péritoine allant de l'orifice inguinal interne au sommet de la grande lèvre (*forme intra-péritonéale*

(1) G. Thomas. *Traité clinique des Maladies des Femmes*, trad. de Lutaud. Paris, 1879, p. 87.

(2) Goodell. *Lessons in Gynecology. Philadelphia* 1880.

(3) Wile. *Hydrocèle in the female Rev. Jour. of. Obst.* July, 1881.

ou hydrocèle du canal de Nuck) ; cette dernière peut être réductible ou enkystée, suivant que le canal de Nuck reste perméable ou se ferme au niveau de l'anneau inguinal interne.

L'hydrocèle enkystée du ligament rond se distingue de la hernie de l'ovaire par sa transparence, sa mollesse et l'absence de douleur spéciale à la pression ; c'est avec les diverses variétés de hernie inguinale qu'on la confond le plus souvent ainsi que l'hydrocèle intra-péritonéale, bien que ni l'une ni l'autre ne donnent guère la sensation pâteuse des entéro-épiplocèles, qu'elles soient fluctuantes et transparentes, etc.

Jusqu'ici l'aspiration qui, du reste, suffit à faire le diagnostic dans les cas douteux, combinée avec le drainage ou l'injection de quelques gouttes de teinture d'iode, constituaient le traitement habituel. Il faut avoir soin de comprimer l'anneau inguinal interne de façon à éviter la pénétration du liquide dans la cavité péritonéale, lorsque l'hydrocèle n'est pas enkystée.

Dans une très intéressante note présentée à l'Académie de médecine (séance du 3 janvier 1888), M. Richelot est venu prouver à nouveau la réalité de la persistance du canal de Nuck et a proposé de faire systématiquement, dans ce cas, l'opération de la cure radicale de la hernie.

Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans qui se présenta à l'hôpital Bichat avec une petite tumeur inguinale droite, datant de quatre ans, faisant saillie au sommet de la grande lèvre et réductible dans le décubitus dorsal.

Croyant avoir affaire à une hernie, et sur la demande de l'intéressée, M. Richelot réduit la tumeur, incise les téguments et tombe sur un cordon fibreux, qui ressemble à un sac étroit bien plus qu'au ligament rond, et qui va s'insérer vers le sommet de la grande lèvre. « Cette disposition me fait songer, dit-il, au canal de Nuck et à une hernie congénitale. Après la section du bord inférieur, je dissèque la partie supérieure de ce canal et je constate que celui-ci communique avec le péritoine, mais non directement et par l'intermédiaire de diverticules et de cloisons incomplètes. Cette disposition rappelle la description du conduit vagino-péritonéal de l'homme et ne me laisse plus aucun doute sur la

persistance du canal de Nuck. La communication entre ce canal et la cavité péritonéale n'existait que par un orifice très étroit et incapable de donner passage à l'intestin et à l'épiploon ; la tumeur, qui se réduisait, était évidemment une hydrocèle réductible. Je termine l'opération par la suture du sac pratiquée le plus haut possible, puis par la réunion des parois du trajet inguinal. Au 10e jour la malade, guérie, quitta l'hôpital. »

La conduite de M. Richelot est évidemment rationnelle, étant donné les idées de l'auteur sur la bénignité de la cure chirurgicale des hernies. Aussi ne s'est-il pas repenti d'être intervenu, car « si le liquide ici importe peu, il est urgent de supprimer le conduit qui peut devenir un sac de hernie. La guérison de l'une est la cure préventive de l'autre. »

II. — L'importance des inflammations péri-utérines, leur fréquence, les dangers qu'elles font courir aux malades lorsqu'elles sont négligées ou méconnues ne sauraient trop attirer l'attention des gynécologistes. Même dans les périmétrites bénignes, comme celles qu'étudiait M. Barancy dans ce journal (1), si la résolution n'est pas obtenue complètement, ou si les tissus inflammatoires ne se transforment pas en adhérences fibreuses, s'il reste, en un mot, un noyau d'inflammation dans le tissu cellulaire péri-utérin ou dans le péritoine pelvien, la moindre cause (fatigue, refroidissement, traumatisme) peut développer une péritonite mortelle, alors qu'on croyait tout danger conjuré. Mon excellent maître, le Dr Chéron, m'a rapporté plusieurs observations qui ne laissent aucun doute à cet égard et qui m'ont vivement frappé. C'est pourquoi nous ne saurions passer sous silence les travaux qui se publient sur un sujet encore si rempli d'obscurités.

Au nombre des mémoires à consulter est celui du docteur Hervot (*Archives de Tocologie*, 30 juillet 1887), qui a trait au traitement des collections séreuses ou purulentes péri-utérines par la ponction aspiratrice, suivant la méthode préconisée par Tennesson en 1883. Ce travail contient 9 observations de guérison par ce

(1) De la phlegmasie péri-utérine bénigne. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, août 1886.

procédé; il faut en ajouter une autre que M. Auvard résume dans le *Bulletin général de thérapeutique* (1887, page 516).

La ponction est faite, toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, avec l'aspirateur de Dieulafoy ou de Potain armé de l'aiguille capillaire n° 2, en attaquant la tumeur soit par le rectum, soit par le vagin, suivant qu'elle est plus accessible en un point ou dans l'autre. Le repos absolu au lit pendant plusieurs jours et l'application d'un sac de glace sur l'abdomen sont nécessaires pour empêcher toute réaction inflammatoire.

Tantôt une seule ponction suffit pour amener la guérison et cela surtout dans le cas de collection séreuse ; mais parfois plusieurs ponctions sont nécessaires et encore peuvent-elles n'être pas curatives quand il s'agit de collections purulentes.

La méthode est contre-indiquée, d'après l'auteur, dans les hématocèles pelviennes ; aussi doit-on cesser l'aspiration et retirer la canule aussitôt qu'on s'aperçoit que la collection est constituée par du sang.

III. — Est-ce que les idées de Lawson Tait, l'habile laparotomiste anglais, seraient sur le point de triompher en France et délaisserait-on l'antisepsie pour l'asepsie rigoureuse dans la chirurgie abdominale ? On sait que Lawson Tait a été le premier à condamner l'usage du spray phéniqué dans l'ovariotomie et à se contenter de l'eau bouillie pour faire la toilette du péritoine.

Les compresses spongieuses de Billroth, qu'on se bornera à laver soigneusement, tendent également à remplacer pour toujours les éponges, qui, malgré tous les séjours possibles dans des liquides antiseptiques, peuvent contenir des germes et devenir dangereuses.

Nous nous contenterons de signaler cette tendance ; n'a-t on pas dit qu'avec de l'habileté et de la propreté le chirurgien moderne ne connaissait plus d'obstacles ?

J. B.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr CHÉRON.

De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. *(Suite.)*

SEPTIÈME LEÇON.

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE CERVICALE.

Leçon recueillie par M. Jules BATUAUD, interne du service.

Sommaire. — Court résumé de l'étiologie et de la pathogénie de l'endométrite cervicale. L'éloignement des causes de cette affection en constitue le traitement prophylactique. Le traitement proprement dit repose sur les principes suivants : Il s'agit d'une affection locale, souvent préparée par un état général (lymphatisme, arthritisme, etc.), toujours entretenue par la paralysie des centres d'innervation vaso-motrice de la moelle lombaire et du sympathique de la région, et qui entraîne, à son tour, des complications soit dans la sphère génitale, soit dans les organes voisins, réveille les manifestations plus ou moins latentes de la diathèse de la malade et retentit sur tous les systèmes de l'économie et particulièrement sur le système digestif et le système nerveux. De ces principes découle la nécessité d'associer le traitement général, le traitement spinal et le traitement local.

I. — *Traitement général.* — Le traitement général est hygiénique et médicamenteux ; il est dirigé contre l'état diathésique et les complications réflexes. — Hygiene. — Hydrothérapie. — Eaux minérales. — Habitation saine et aérée. — Exercice sans fatigue, défense de l'équitation ; coucher et lever tôt, mauvais effets du séjour trop prolongé au lit. — Alimentation tonique et reconstituante en rapport avec l'état du système digestif. — Bains excitants (bains sulfureux, bains stimulants, médicamenteux, etc.). — Hydrothérapie. — Frictions sèches, frictions humides. — Eaux minérales chlorurées-sodiques, sulfureuses, arsenicales, bicarbonatées-sodiques, Luxeuil, Néris, Plombières. — Médicaments toniques : fer, quinquina ferrugineux. — Médicaments antiscrofuleux : iode et iodures, bromures, terpine, sulfures, arsenic. — Médicaments antiarthritiques : iodures, alcalins et particulièrement sels de lithine.

Traitement des troubles du système digestif : éviter la constipation, réveiller l'appétit, combattre l'ectasie gastrique, les nausées et les vomissements.

Traitement des troubles du système nerveux : changement de vie, douches, bromures, antispasmodiques.

.— *Traitement spinal.*— Il s'adresse à la névralgie lombo-abdominale et llà l'irritation spinale localisée : frictions sédatives et applications révulsives sur la région lombo-sacrée — antinévralgiques — médicaments spinaux: bromure de potassium; aconit, sulfate de quinine, ergot de seigle, capsicum annuum, etc.

III. — *Traitement local.*— Dans l'endométrite simple, les injections vaginales doivent être décongestionnantes, astringentes et stimulantes: alun, tannin, perchlorure de fer, capitules de camomille, feuilles d'oranger, thé vert, etc. Dans l'endométrite blennorrhagique, les injections vaginales doivent être antiseptiques : acide phénique, acide picrique, chlorure de zinc, etc.

Pansements glycérinés, glycéro-tanniques, glycéro-alunés, etc.

Utilité des scarifications du col pour amener la déplétion des vaisseaux de l'appareil utéro-ovarien. — Ponction des kystes folliculaires.— Méthode de Huguier. (*A suivre.*)

Messieurs,

Ce serait vous faire injure que de vous répéter encore les considérations que je vous ai présentées sur l'importance du traitement de l'endométrite cervicale ; aussi bien le sujet que je vais aborder devant vous est assez étendu pour que j'entre immédiatement en matière. Nous devons voir, en effet, aujourd'hui quelles précautions sont à recommander pour empêcher le développement de l'endométrite cervicale, quels moyens sont à mettre en œuvre pour la guérir, ou, pour employer le langage médical, nous devons exposer le traitement prophylactique et le traitement curatif de cette affection.

A. — *Traitement prophylactique.* — La prophylaxie de l'endométrite cervicale se déduit tout entière de la connaissance des causes qui la font naître ; ces causes, vous les connaissez déjà ; aussi n'aurai-je besoin que de vous rappeler brièvement les plus importantes d'entre elles.

Parmi les causes banales, les excès génésiques, les irritations sexuelles contre nature, les injections vaginales intempestives, le refroidissement pendant les règles sont particulièrement à éviter ;

vous n'oublierez pas non plus que les traumatismes du col, tels que ceux qui résultent de l'introduction de pessaires intra-utérins trop rigides, de crayons médicamenteux trop résistants ont produit plus d'une fois l'endométrite cervicale. Laissez-moi vous rappeler enfin que ces causes banales, rentrant dans la grande classe des irritations périphériques assez intenses ou assez répétées pour frapper de paralysie les centres d'innervation vaso-motrice de l'appareil utéro-ovarien, sont suffisantes par elles-mêmes pour amener le développement des lésions de textures qui constituent l'endométrite ; pour que ces lésions se produisent, il faut l'intervention d'une diathèse (scrofule, arthritisme, herpétisme), d'une maladie constitutionnelle comme la chlorose ou d'un affaiblissement de la constitution naturel ou acquis par la misère physiologique (cachexie tuberculeuse, lactation excessive, accouchements répétés, dépression mentale, privation d'exercice ou de grand air). C'est vous dire que si vous êtes consultés à temps, alors qu'il n'existe encore que de la congestion utérine, vous pourrez obtenir des résultats rapides en mettant en œuvre un traitement général antidiathésique ou reconstituant, suivant les cas. Comment le ferez-vous ? C'est ce que nous verrons bientôt.

Nous avons admis qu'à côté des endométrites simples, il existe des endométrites septiques, dues à l'introduction, dans la cavité du col, de germes tels que les germes de l'infection blennorrhagique et de l'infection puerpérale, pour ne parler que de ceux que nous connaissons bien. C'est ici surtout que vous pouvez faire de la prophylaxie efficace.

Suivant une expression très juste, toute femme nouvellement accouchée est une blessée ; nous aurions à parler de la plaie placentaire si nous nous occupions de l'endométrite fondale de Routh ; nous ne devons pas oublier ici la plaie du col. Pour que cette plaie se cicatrise, pour que des germes ne viennent pas s'y implanter et y pulluler, les plus grandes précautions antiseptiques doivent être prises pendant toute la période de réparation. L'antisepsie obstétricale est trop à l'ordre du jour pour que j'aie besoin d'insister davantage.

De même pour l'infection blennorrhagique ; elle atteint rare-

ment l'utérus primitivement ; c'est pourquoi j'ai tenu à vous donner, dans la dernière leçon, les signes de l'uréthrite et de la vaginité gonorrhéiques, car négliger ces dernières affections, ce serait exposer les malades qui en sont atteintes à toutes les conséquences de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical, et bien plus, à l'endométrite du corps, à la salpingite, à l'ovarite, à la pelvi-péritonite, etc. Malheureusement je me laisserais entraîner trop en dehors de mon sujet si je voulais décrire le traitement de l'uréthrite et de la vaginite; il me suffit d'attirer votre attention sur ce sujet et de poser une question de principe.

B. — *Traitement curatif.* — Lorsqu'un médecin entreprend le traitement d'une maladie chronique, il assume une lourde responsabilité, car il n'a rien à attendre des forces de la nature et s'il est vrai qu'il possède à sa disposition des armes nombreuses et puissantes pour combattre l'affection qu'il a reconnue, en revanche son embarras peut être grand lorsqu'il lui faut faire un choix dans l'arsenal thérapeutique et décider à quel moment et de quelle façon il doit utiliser les moyens qu'il a choisis. Instituer un traitement banal et au hasard, c'est non seulement cesser d'être médecin pour devenir un manœuvre, un porte-tampon vaginal, c'est encore abuser de la confiance qu'on inspire et faire œuvre déloyale. Nous devons donc voir avant tout, Messieurs, quels sont les principes qui peuvent nous guider dans l'institution du traitement de l'endométrite cervicale ; je ne pourrai, bien entendu, vous donner que les grandes lignes, ce sera à vous de faire l'application de ces principes à chaque cas particulier.

En vous reportant à l'étiologie, la pathogénie et la symptomatologie de l'endométrite, vous pouvez voir que nous sommes en présence d'une affection locale, souvent préparée par un état général (lymphatisme, arthritisme, misère physiologique), toujours entretenue par la paralysie des centres d'innervation vaso-motrice de la moelle lombaire. Nous voyons donc déjà apparaître la nécessité d'un traitement local, d'un traitement général et d'un traitement spinal. Mais ce n'est pas tout. Cette affection utérine ne saurait durer, sans entraîner bientôt des complications

soit dans la sphère génitale, soit dans les organes voisins, sans donner un relief considérable aux manifestations plus ou moins latentes de la diathèse de la malade, sans retentir sur tous les systèmes de l'économie et particulièrement sur le système digestif et sur le système nerveux. Le traitement général doit donc avoir une importance considérable sans faire perdre de vue cependant que ces troubles généraux ont leur point de départ, dans une lésion locale entretenue par l'irritation spinale. Ce n'est, en résumé, que par l'association raisonnée du traitement général, du traitement spinal et du traitement local que vous remplirez toutes les indications et que, par suite, vous ferez tout ce que vous avez le devoir de faire pour rendre service à votre malade.

1. *Traitement général.* — Le traitement général comprend l'ensemble des moyens hygiéniques et thérapeutiques (pratique balnéo et hydro-thérapeutiques, administration de médicaments) dirigés contre les troubles de la santé générale ; il doit s'adresser à la fois à l'état diathésique des malades et aux principales complications réflexes.

A. — *Hygiène; Hydrothérapie; Eaux minérales.* — Les malades atteintes d'endométrite cervicale sont souvent des lymphathiques ou des athritiques ; il faut donc leur recommander de choisir autant que possible une habitation saine, aérée, baignée de lumière et de chaleur. J'ai vu souvent l'affection s'améliorer rapidement, la leucorhée diminuer, les névralgies lombo-abdominales s'atténuer, les forces augmenter par un simple changement d'appartement ; c'est lorsque les malades quittaient, sur mon conseil, un entresol bas d'étage, humide et obscur, donnant sur une rue étroite, pour habiter un appartement sec, bien éclairé, haut de plafond, au troisième ou au quatrième étage, donnant sur une large avenue ou sur un boulevard.

L'exercice sans fatigue, en voiture ou à pied, suivant les forces, est à conseiller, toutes les fois qu'il n'existe pas de contre-indication sérieuse, mais on doit être réservé sur l'équitation, qui ébranle tout le corps, congestionne les organes du petit bassin,

produit le plus souvent de mauvais effets. Le séjour prolongé au lit sans nécessité n'a également que des inconvénients ; les chambres à coucher, dans les grandes villes tout au moins, ont souvent un cubage d'air insuffisant, la lumière et le soleil n'y pénètrent qu'à travers d'épais rideaux, la ventilation est imparfaite, bref, on n'y respire pas seulement de l'air respiré déjà, mais de *l'air ruminé*, comme le dit M. Péter (1), dans ses leçons sur le rôle de l'inanition respiratoire dans le développement de la tuberculose pulmonaire.

L'alimentation sera tonique et reconstituante, mais en rapport avec l'état du système digestif ; les aliments seront substantiels et en même temps de digestion facile ; les légumes verts doivent être préparés en purée ; les féculents sont le plus ordinairement interdits ; enfin, chez les arthritiques, chez les malades qui ont de la congestion hépatique et de la pléthore abdominale, le vin ne sera permis qu'en petite quantité, l'alcool, le café et le thé seront complètement supprimés. Je ne vous donne ici que les préceptes les plus importants, vous renvoyant pour les détails aux excellents traités d'hygiène alimentaire qui ont été publiés ces dernières années.

Vous savez, Messieurs, que j'accorde une grande importance au fonctionnement de la peau qui représente une des grandes voies d'élimination des matériaux de désassimilation, de la peau qui représente une vaste surface nerveuse que nous pouvons exciter de façon à décongestionner les organes profonds, et de façon à réveiller l'activité des échanges nutritifs par l'intermédiaire du système nerveux central. Aussi me voyez-vous souvent recourir aux bains excitants (bains sulfureux, bains au sel de Pennès, bains iodogènes, etc.), dont les lymphatiques retirent le plus grand bénéfice ; à l'hydrothérapie, sous la forme de douches froides en jet brisé, douches générales sur tout le corps, sans insister sur un point plus que sur l'autre, douches très courtes d'un quart de minute à une minute de durée tout au plus. Lorsque la réaction se fait bien, ces douches cal-

(1) Leçons de clinique médicale, troisième édition. Paris, 1882, t. II, p. 59.

ment l'éréthisme nerveux, réveillent l'appétit et rendent le sommeil aux malades à tempérament nerveux ou qui sont devenues nerveuses par le fait de l'affection utérine. Mais retenez bien ceci que, pour être utiles, les douches doivent être générales et courtes comme je le vous disais et, de plus, qu'on les doit prendre régulièrement tous les jours, par série d'une quinzaine au moins. Chez certaines personnes, les arthritiques surtout, les bains et les douches peuvent être suivies de névralgies ; on doit alors les abandonner et les remplacer par des frictions quotidiennes de tout le corps avec le gant de crin ou une brosse, suivies ou non de frictions avec la serviette humectée d'eau pure ou d'eau vinaigrée. A cette question se rattache celle du séjour dans les stations d'eaux minérales ; je ne puis ici qu'effleurer le sujet et je vous dirai que les eaux chlorurées-sodiques et les eaux sulfureuses conviennent surtout aux lymphathiques, les eaux arsenicales et les eaux bicarbonatées sodiques aux arthritiques ; certaines eaux indéterminées comme Néris, où l'installation hydrothérapique est excellente, agissent surtout contre les manifestations nerveuses et les états douloureux ; enfin, Plombières est la station des gastralgiques.

. B.—*Médicaments.*—Un certain nombre d'indications sont incomplètement remplies par les moyens que nous venons de passer en revue ; il faut y ajouter la médication interne.

La médication tonique est indiquée chez la plupart des malades, excepté dans le cas de pléthore ; c'est qu'en effet on a souvent affaire à des sujets plus ou moins atteints par la misère physiologique ou rendus plus ou moins aglobuliques par la déperdition incessante de liquides nutritifs. Aussi aurez-vous souvent à conseiller les diverses préparations ferrugineuses, le vin de quinquina, les préparations de coca, le sirop antiscorbutique, etc.

L'existence de manifestations lymphatiques ou scrofuleuses exige l'emploi, non pas de l'huile de foie de morue, que les troubles digestifs ne permettent pas d'administrer, mais des sulfures tels que le sulfure de calcium (à la dose de 2 à 5 granules de 5 milligrammes chaque), de l'iode (5 à 10 gouttes de teinture d'iode

au milieu de chaque repas), des iodures tels que l'iodure de potassium ou de sodium (1 à 2 grammes par jour) ou mieux de l'iodure de fer qui remplit à la fois deux indications. S'il y a tendance aux règles profuses, le fer est contre-indiqué, mais vous pouvez recourir aux térébenthines et surtout à la terpine que l'estomac tolère bien et en donner 0,50 centigr. par jour dans une potion de Todd.

Si vous avez affaire à une arthritique, les alcalins seront particulièrement utiles, que vous les donniez sous forme d'eau minérale naturelle de Vichy ou de Vals prise au moment des repas ou d'eau bicarbonatée sodique artificielle (6 grammes de bicarbonate de soude par litre d'eau). La préparation alcaline la plus efficace est le salicylate de lithine que j'ordonne à la dose de deux grammes par jour soit en cachets, soit en solution dans de l'eau de Seltz. L'arséniate de soude (2 à 5 milligrammes par jour) ne serait à recommander que comme tonique ou s'il existait concurremment à la diathèse arthritique des manifestations herpétiques cutanées ou des dépôts d'acide urique dans les urines.

Telles sont les médications qui relèvent de l'état diathésique ou constitutionnel ; voyons maintenant celles qui s'adressent aux troubles du système digestif. Les indications les plus importantes sont d'éviter la constipation, de réveiller l'appétit, de combattre l'ectasie gastrique, les nausées ou les vomissements.

Je ne puis pas incidemment vous exposer le traitement de la constipation ; malgré l'intérêt du sujet, cela m'entraînerait trop loin. Aussi je me vois forcé de me restreindre aux préceptes les plus importants :

D'une manière générale, je n'ai guère recours aux lavements que chez les malades assez énergiques pour pouvoir profiter de la méthode de Trousseau, méthode qui consiste à donner le matin, au réveil, un grand lavement d'eau à 12° ou à 15° au plus ; la malade se présente régulièrement à la selle, tous les matins à la même heure ; lorsque les lavements entraînent des matières, on cesse le traitement jusqu'à ce que la constipation réapparaisse. Au bout de peu de temps, on obtient ainsi des résultats excel-

lents ; les selles deviennent régulières par le fait même que l'organisme s'est habitué à cette régularité.

Je n'emploie les lavements tièdes que lorsqu'il y a coprostase, pour évacuer le gros intestin ; une fois cette indication remplie, tout n'est pas dit et il faut obtenir la régularité des selles. Les moyens dont nous disposons pour cela sont nombreux. Voici les préceptes qui peuvent guider votre choix :

D'une façon générale, quand les règles sont peu abondantes, chez les lymphatiques qui ont de la pléthore abdominale par exemple, il est bon de donner, avant chaque repas, un paquet de 0,50 de rhubarbe et de 0,10 centigr. d'acétate de potasse.

Lorsque les règles sont profuses, comme chez certaines arthritiques, la rhubarbe est contre-indiquée et je conseille d'associer le soufre lavé et sublimé, et la magnésie calcinée (0,50 centigr. de chaque) avec ou sans crème de tartre (1 gr.).

Vous pouvez aussi recourir aux eaux minérales de Pulina, d'Hunyadi-Janos, de Birminstorff, etc.

Les purgatifs drastiques sont presque toujours contre-indiqués, car ils congestionnent tous les organes du petit bassin et peuvent, à la longue, produire des hémorrhoïdes et une congestion chronique de l'appareil utéro-ovarien. Mieux vaut recourir aux purgatifs salins (eaux purgatives ou citrate de magnésie) ou à l'huile de ricin dont vous vous ingénierez à masquer le goût désagréable.

L'insuffisance biliaire indique le podophyllin et les substances analogues ou le cascara sagrada (deux cachets de 0,25 centigr. par jour) qui m'a donné de bons résultats lorsqu'il existe, en même temps que l'insuffisance biliaire, des hémorrhoïdes, de la dysménorrhée, etc.

Enfin, dans les constipations nerveuses par spasmes de l'intestin, vous aurez à recourir à la belladone (1 à 3 pilules de Trousseau) à laquelle j'associe quelquefois la strychnine à faible dose (1/4 à 1/2 milligramme).

Telles sont les règles générales du traitement de la constipation ; je ne puis trop vous conseiller d'étudier complètement, dans les ouvrages de thérapeutique, une question si simple en

théorie, et pourtant si difficile dans l'application pratique ; il faut vous attendre à épuiser parfois toute la série des laxatifs avant de trouver celui qui sera accepté et qui pourra rendre service dans un cas donné.

Lorsque vous vous serez rendus maîtres de la constipation, Messieurs, vous verrez, en général, le manque d'appétit, la dyspepsie et les douleurs gastriques s'améliorer considérablement. Néanmoins, vous aurez à intervenir directement contre les troubles que je viens de rappeler.

Pour réveiller l'appétit, vous aurez recours aux amers : gouttes amères de Baumé, noix vomique, etc.. Un moyen simple, que je vous recommande, est de donner, avant chaque repas, un verre à Bordeaux d'une solution de 0,03 centigr. d'acide picrique dans un litre d'eau.

L'acide chlorhydrique, les préparations de pepsine et de pancréatine sont utiles chez les malades qui ont des digestions lentes et difficiles avec sensation de pesanteur au niveau de l'estomac.

Dans la forme flatulente avec ectasie gastrique, la strychnine ou les préparations analogues, les teintures de noix vomique, de badiane, de gentiane, etc., le chlorhydrate de quinine en solution dans l'eau de Rabel, l'acide picrique, etc., sont les meilleurs moyens à employer.

La forme gastralgique se développant surtout chez les malades à tempérament nerveux chez lesquelles la constipation entraîne à la fois de la congestion du foie et celle de l'estomac, vous aurez recours aux purgatifs cholalogues en même temps que vous ordonnerez une solution au bromure de potassium, à la teinture d'aconit et au chlorhydrate de morphine et vous ferez, tous les quatre ou cinq jours, de la révulsion sur la région épigastrique, soit à l'aide de pointes de feu très fines, soit à l'aide de petits vésicatoires morphinés.

Les nausées et les vomissements en rapport avec une endométrite peuvent être très rebelles, surtout s'il existe en même temps un moyen de pelvi-péritonite localisée. La potion de Ri-

vière ne réussissant pas toujours, je la remplace par la potion gazeuse bromurée suivante :

Solution n° 1 :	Bicarbonate de potasse......	2 gr.
	Eau commune.............	60 gr.
	Bromure de potassium.....	2 gr.
Solution n° 2 :	Acide citrique..............	4 gr.
	Eau commune.............	120 gr.
	Sirop de sucre..............	40 gr

On verse, dans un verre, une cuillerée à café de la solution n° 1 et une cuillerée à bouche de la solution n° 2, on agite et on boit ce mélange toutes les demi-heures ou toutes les heures jusqu'à disparition de l'état nauséeux.

Après les troubles digestifs, les troubles du système nerveux sont ceux qui doivent le plus vous préoccuper. Dès le début du traitement, si vous avez su inspirer confiance à votre malade en atténuant en peu de jours les malaises qu'elle éprouvait, si vous avez su prendre assez d'empire sur elle pour l'obliger à changer de vie, à faire de l'exercice, à se distraire, à ne plus penser continuellement à son mal, vous serez étonnés de voir avec quelle rapidité les troubles nerveux diminueront. L'irritabilité, l'insomnie céderont facilement à l'hydrothérapie bien faite, et vous n'aurez guère besoin de recourir aux médicaments lorsque vous vous trouverez en présence de femmes rendues nerveuses et impressionnables par leur affection utérine.

Mais, lorsque vous aurez affaire à de véritables hystériques, l'amélioration de l'état local ne suffira pas à faire disparaitre les troubles nerveux. En pareil cas, les bromures, même donnés à haute dose, ne produisent guère de bons résultats, et, pour ma part, je leur préfère les antispasmodiques et spécialement l'éther, la valériane et le tilleul. Vous pouvez ordonner la valériane en bains, en injections vaginales ou prescrire les pilules de Méglin (2 à 4 par jour), le valérianate d'ammoniaque de Pierlot (1 à 3 cuillerées à café) ou bien encore associer la valériane à l'éther;

selon la formule suivante, dont je donne 3 à 4 cuillerées à bouche par jour:

Teinture de valériane...............	10 gr.
Alcoolat de mélisse................	15 gr.
Eau de menthe......	50 gr.
Sirop d'éther.......................	40 gr.
Eau distillée......................	120 gr.

Il ne faut pas du reste se dissimuler que la guérison complète de l'état nerveux est très difficile à obtenir chez ce genre de malades: heureusement celles de la première catégorie sont de beaucoup les plus nombreuses, et celles-là, quelque bizarres que vous semblent les troubles qu'elles accusent, quelque changement qui se soit opéré dans leur caractère, il dépend de vous de les guérir ; vous y arriverez si vous savez associer convenablement le traitement général que je viens de vous exposer, le traitement spinal et le traitement local.

II. — *Traitement spinal.* — Si vous avez bien compris le rôle que je fais jouer aux irritations périphériques et à l'irritation spinale localisée dans la pathogénie de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical, vous ne serez pas étonnés, Messieurs, que j'attache une grande importance au traitement spinal. La théorie que je défends n'est pas une simple vue de l'esprit et, pour vous convaincre, il vous suffira de vous rappeler ce cas, que je vous ai si souvent cité, d'un allongement hypertrophique du col qui récidiva trois fois de suite, malgré l'amputation du col, jusqu'à ce que nous eussions éteint l'irritation spinale au moyen de vésicatoires morphinés. Je serai forcé encore ici de vous donner seulement un résumé du traitement qui s'adresse à la névralgie lombo-abdominale et à l'irritation spinale localisée, vous renvoyant, pour les détails, et, en particulier, pour l'étude si intéressante de la méthode de Chapman et des médicaments spinaux, à mes leçons sur la congestion utérine (1).

(1) Voir *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1879, 1880, 1881, et spécialement le n° de décembre 1880 et le n° de janvier 1881.

Le traitement spinal comprend, en dehors de la méthode de Chapman, l'emploi des révulsifs et des sédatifs appliqués sur la région lombo-sacrée et l'administration de certains médicaments propres à modifier la circulation médullaire.

Parmi les divers moyens révulsifs, je ne vous citerai en ce moment que les trois plus commodes à employer : les badigeonnages de teinture d'iode, les petits vésicatoires morphinés et les pointes de feu.

Lorsque, par le fait du boursouflement de la muqueuse cervicale et de la congestion de tout l'appareil utéro-ovarien, les règles viennent difficilement, vous me voyez souvent conseiller les badigeonnages de teinture d'iode sur la région des reins, dans les deux ou trois jours qui précèdent les époques. Ce moyen simple, facilement accepté des malades, rend les plus grands services.

Si la palpation nous révèle des points d'apophysialgie au niveau des vertèbres lombaires, nous agissons plus énergiquement au moyen de petits vésicatoires morphinés placés au niveau des points douloureux à la pression.

Mais de tous les moyens de révulsion, le plus efficace sans contredit, celui qu'il est le plus facile de répéter à de courts intervalles, c'est l'application de pointes de feu fines et nombreuses, très légèrement faites, sur les points apophysaires et sur le trajets des nerfs du plexus lombaire.

Lorsqu'on veut calmer la névralgie lombo-abdominale sans passer par la révulsion, on fait usage de frictions sédatives sur la région des reins ou bien on a recours aux antinévralgiques comme l'antipyrine ou le salicylate de lithine, ce dernier surtout chez les arthritiques.

Ne voulant pas surcharger inutilement votre mémoire, je vous rappellerai seulement notre formule ordinaire de frictions sédatives :

Chloroforme	10 grammes.
Ether	15 grammes.
Alcool camphré	90 grammes.

Formule que vous pouvez modifier suivant les cas.

Avec quel plaisir je reprendrais avec vous l'étude des médicaments spinaux !

Mais le temps me presse ; laissez-moi cependant vous résumer brièvement les propriétés de quelques-uns d'entre eux.

Le *bromure de potassium*, modérateur du fonctionnement de la moelle et de l'encéphale fait tomber le spasme du méso-arium et du méso-métrium lorsqu'il y a congestion hémorrhagipare ; il est donc particulièrement indiqué dans ce cas, surtout s'il existe en même temps des troubles congestifs de la face et de la tympanite stomacale après les repas. Il faut le donner à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

Le *sulfate de quinine*, administré à très petites doses (0,20 centigrammes en deux fois par exemple) est un névro-sthénique vasculaire décongestionnant en même temps qu'un antinévralgique agissant surtout dans le cas de névralgie congestive. Il est donc ordinairement indiqué chez les malades que nous avons en vue. L'*aconit* s'emploie dans les mêmes conditions.

Je n'ai qu'à vous citer l'*ergot de seigle* et l'*ergotine* dont vous connaissez tous l'action sur les fibres musculaires lisses et en particulier sur l'utérus. Il est surtout utile dans les hémorrhagies utérines, et, par suite, son indication formelle ne se rencontre pas fréquemment dans l'endométrite cervicale.

Enfin, je veux vous dire deux mots du *capsicum annuum* ou *poivre de Guinée* ; c'est un médicament qui est en même temps un condiment très bien supporté par tout le monde pendant un temps très long, à la condition de le prendre au moment des repas. Et, loin d'avoir sur l'estomac l'action nocive de l'ergot, il exerce sur cet organe une action tonique et stimulante des plus favorables à la digestion. Je l'ordonne toutes les fois qu'il y a, en même temps que l'endométrite, pléthore abdominale, congestion hépatique, hémorrhagie utérine ou hémorrhoïdes habituelles. Je donne la préférence à la poudre prise en pilules de 0,15 à 0,20 centigrammes pour chacune d'elles.

Tels sont les principaux médicaments spinaux ; vous savez désormais pourquoi je les emploie et à quelles considérations j'obéis lorsque je les associe en plus ou moins grand nombre dans

certains cas, tandis que, dans d'autres circonstances, je m'adresse de préférence à l'un d'entre eux.

III. — *Traitement local.* — Le traitement local de l'endométrite cervicale comprend un grand nombre de méthodes qui toutes ont pour but soit de décongestionner l'appareil utéro-ovarien, soit de modifier directement la muqueuse du canal cervical, soit enfin de détruire les tissus altérés. Vouloir se limiter à l'une de ces méthodes seulement, ce serait s'exposer à un insuccès complet dont l'étude de la pathologie nous a donné d'avance l'explication. Supposons, par exemple, que vous n'utilisiez que les moyens décongestifs, vous améliorerez certainement dans une grande mesure une partie des symptômes locaux, vous allégerez le poids de l'utérus, vous diminuerez sa sensibilité, la leucorrhée elle-même deviendra moins abondante, mais les résultats acquis ne seront que de courte durée ; la prolifération épithéliale et glandulaire continuera à se faire dans la profondeur du canal cervical jusqu'à ce que des ectropions apparaissent sur les lèvres du col peu de temps après que vous aurez cessé votre traitement. La même chose surviendra si vous vous bornez aux modificateurs de la muqueuse, car alors vous laisserez persister la congestion chronique de l'appareil utéro-ovarien, point de départ de l'endométrite cervicale. La destruction des tissus altérés ne saurait, pour la même raison, donner un résultat définitif que si l'opération est faite après un traitement décongestif et s'il est suivi d'un traitement général et d'un traitement local s'adressant l'un à la diathèse qui a favorisé le développement de l'affection et l'autre aux troubles circulatoires qui sont la cause prochaine de l'endométrite. Ne croyez pas, Messieurs, que je prenne plaisir à vous exposer des questions de doctrine dans un but purement théorique ; je le fais parce que cela vous est utile et que je préfère vous donner les raisons de ma pratique que de vous l'imposer « *quia magister dixit* ».

Je serai bref sur les *injections vaginales* dont l'utilité est incontestable cependant ; dans l'endométrite simple, elles doivent

être surtout décongestionnantes, astringentes et stimulantes ; c'est pourquoi vous aurez recours aux injections chaudes faites soit avec des solutions d'alun, de tanin ou de perchlorure de fer (3 à 5 grammes de solution normale de perchlorure de fer par litre d'eau), soit avec des infusions de capitules de camomille et de feuilles d'oranger, des infusions de thé vert, etc., etc. Dans l'endométrite blennorrhagique, vous choisirez de préférence les solutions étendues d'acide phénique, ou d'acide picrique, ou bien encore de sulfate de zinc ou bien enfin de chlorure de zinc dont Fritsch (1) vantait encore dernièrement l'efficacité. Fritsch conseille les injections à 38° C, répétées matin et soir et contenant 10 gr. de chlorure de zinc par litre d'eau. Vous pouvez employer la même solution; mais je ne saurais vous conseiller, comme l'auteur dont je viens de vous parler, de faire continuer les irrigations vaginales pendant les règles. A mon avis, il n'y a que dans les cas de métrorrhagies qu'on soit en droit de pratiquer des injections pendant les époques ; encore doit-on attendre que l'écoulement dure depuis sept à huit jours au moins, et alors il faut conseiller des injections à une température plus élevée (42° à 48° C), puisque c'est l'effet hémostatique de l'eau chaude qu'on cherche à obtenir.

Avec les *pansements*, nous abordons la partie du traitement local qui doit être faite par le médecin. Ce que nous demandons aux pansements, c'est, avant tout, de produire la déplétion du système vasculaire de l'utérus de façon à permettre aux vaisseaux engorgés de reprendre leur tonicité sous l'influence du traitement spinal. J'ai longuement exposé, dans mes leçons sur la congestion utérine (2), comment la glycérine neutre à 30° Baumé remplit mieux que toute autre substance, cette indication capitale. Aussi je n'y reviendrai pas. Mais, à côté de cela, vous pouvez chercher à tonifier les parois vaginales, et alors vous incorporez à la glycérine 10 % de son poids de tanin ou d'alun ; si vous voulez neutraliser des sécrétions qui par leur acidité

(1) *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, octobre 1887.
(2) J. Chéron, *loc. cit.*

déterminent un prurit vulvaire très pénible, vous ajoutez à la glycérine 2 % de carbonate de potasse ou de soude, etc., etc. Après toute intervention chirurgicale sur l'utérus, lorsque vous avez fait une scarification, un débridement, une dilatation qui a déchiré quelques vaisseaux, vous emploierez la glycérine boriquée (5 %), phéniquée (5 %), picrique (1 %) ou perchlorurée (2 %), etc., ce qui empêchera la réaction inflammatoire, en même temps que la plaie sera garantie de toute infection. Je ne puis pas réellement, Messieurs, insister sur un sujet que vous connaissez si bien.

Un autre moyen déplétif d'une grande utilité et d'une application facile est représenté par les *scarifications du col* ; elles se font avec un bistouri à lames fines munies de deux tranchants. Lorsque l'instrument est bien aiguisé et lorsqu'on se contente de scarifier la muqueuse, sans pénétrer dans la couche musculaire, ainsi que je l'ai fait souvent devant vous, les malades sentent à peine les petites piqûres, en nombre variable, de 10 à 30, qui sont nécessaires pour enlever à l'utérus 30 à 50 grammes de sang. C'est la méthode la plus commode, et depuis longtemps j'ai renoncé à me servir des sangsues ou des scarificateurs ingénieux comme celui de M. Collin, mais compliqués et d'un nettoyage difficile.

A côté de ces scarifications des lèvres du col, je dois vous dire deux mots de la ponction des kystes folliculaires dans le canal cervical. C'est Huguier qui, le premier, recourut à ce moyen ; il se servait d'un petit bistouri boutonné avec lequel il faisait des incisions sur toute la longueur de la cavité du col, en avant et en arrière, et il appliquait ensuite un caustique, ordinairement le crayon de nitrate d'argent.

(*A suivre.*)

URÉTHROCÈLES VAGINALES

Par le Dr F. PIEDPREMIER.

Définitions. — On désigne sous le nom d'*uréthrocèle*, la dilatation de la paroi inférieure du canal de l'urèthre chez la femme, et sa hernie dans le vagin.

La véritable uréthrocèle est celle dans laquelle la paroi uréthrale, simplement dilatée, bombe dans le conduit vaginal, sans qu'aucune de ses tuniques ait subi une solution de continuité.

A côté de cette uréthrocèle type se place ce qu'on pourrait appeler plus justement la *poche urineuse*. Ici l'urèthre est perforé et l'urine se trouve dans une sorte de sac formé aux dépens des tissus péri-uréthraux.

Entre ces deux extrêmes, il y a place pour des intermédiaires, Je suppose, par exemple, qu'une des lacunes de Morgagni se dilate sous une influence quelconque, mais sans lésion de la paroi ; il y aura *pseudo-uréthrocèle*.

Fréquence. — L'uréthrocèle n'est pas une affection très fréquente, si l'on s'en rapporte au petit nombre d'observations connues.

Mais ici la statistique ne saurait faire foi, car elle est entachée de trois causes d'erreur :

1° L'uréthrocèle étant peu connue, a dû passer bien des fois inaperçue, ou du moins être classée sous le nom d'une de ses complications : cystocèle, prolapsus utérin, etc.

2° Le cortège symptomatique de cette affection peut être assez peu accusé pour que les malades qui en sont atteintes ne réclament pas l'examen médical.

3° Vu le peu de gravité de la maladie, des cas ont été observés qui n'ont pas été publiés.

C'est ainsi que M. le professeur Pajot a observé trois

cas d'uréthrocèle : l'un à la clinique d'accouchements, les deux autres dans sa clientèle.

Le docteur Siredey a soigné deux malades porteuses de poches uréthrales : l'une d'elles fut opérée par M. Duplay. Aucune de ces observations n'a été prise.

A l'encontre de certains auteurs, Newmann (1) croit que l'uréthrocèle est chose commune. « La plupart des accouchements, dit-il, sont suivis d'uréthrocèles, et, comme règle générale, la guérison survient naturellement par involution. »

Nous ne saurions nous ranger à cette opinion exagérée, d'autant mieux que des observateurs distingués, tels que MM. Pinard et Budin, nous ont dit n'avoir jamais rencontré de dilatations uréthrales chez les nombreuses accouchées auxquelles ils ont donné leurs soins.

Concluons donc ceci, c'est que l'uréthrocèle est une affection assez fréquente, mais qu'elle n'est cependant pas la règle chez les parturientes.

Divisions. — Nous aurons à envisager dans notre étude deux variétés bien distinctes d'uréthrocèles, l'une simple, l'autre compliquée. Dans la première, la paroi uréthrale est seule intéressée ; dans la seconde, cette lésion s'accompagne d'autres affections des organes génito-urinaires : hernie de la muqueuse vaginale, cystocèle, prolapsus utérin, etc.

HISTORIQUE.

Il y a cinquante ans à peine, les maladies de l'urèthre chez la femme, si l'on en excepte quelques affections inflammatoires, n'étaient pas encore étudiées.

Picardat (1858), Le Fort (1863), Heppners, de Saint-Pétersbourg (1865), Lewis (1873), et enfin Furot (1876), décrivirent les premiers vices de conformation de cet organe.

Il appartenait à Lutaud (2) de faire sur les rétrécissements de

(1) Newmann, Uréthrocèle in the female. *Am. Journ. obst.* 1880.

(2) Lutaud. Rétr. de l'ur. chez la femme. *Arch. gén. de méd.* 1876.

l'urèthre féminin un travail fort intéressant, repris depuis par le Dr Fissiaux (1).

En 1879, le Dr Fleyssac (2) fit une thèse sur les polypes et les tumeurs hémorrhoïdaires de ce canal, étude dont le professeur A. Richet avait depuis quelques années déjà jeté les bases.

C'est seulement à cette époque que Pitha et Billroth, rapportant quatre observations, mentionnent l'uréthrocèle dans leur *Traité de chirurgie*.

La première observation connue est française. Elle appartient à Foucher et parut en 1857. De 1861 à 1876 paraissent les cas de Bozeman, Cusco, Priestley, Gillette, Mansfield Clark, Lawson Tait, G. Simon.

Mais jusqu'alors aucune monographie n'avait été écrite sur le sujet. C'est au professeur Duplay (3) qu'on doit le premier travail d'ensemble sur l'uréthrocèle ; son excellent mémoire de juillet 1880 renferme une description complète de la maladie, et une théorie que les nouvelles observations n'ont fait que confirmer.

Vers la même époque, mais environ un mois plus tard, paraissait, à l'étranger, le travail de Newman (4), sur lequel nous aurons maintes fois l'occasion de revenir.

Depuis lors, d'autres faits sont venus grossir le dossier de l'uréthrocèle et permettent de tracer plus largement sa symptomatologie et son traitement, et plus exactement sa pathogénie.

Dès aujourd'hui cette affection a sa place marquée dans la pathogénie uréthrale de la femme, et on la voit figurer dans plusieurs ouvrages de gynécologie, tels que celui d'Emmet (5), pour n'en citer qu'un seul.

(1) Fissiaux. Id. *Ann. gynéc.,* 1879.

(2) Fleyssac. De quelques tumeurs de l'ur. chez la femme. *Th. de Paris,* 1879.

(3) S. Duplay. Contrib. à l'étude des mal. de l'ur. chez la femme. *Arch. gen. méd.* 1880.

(4) Newman. *Loc. cit.*

(5) Emmet. Gynécol, trad. franç. 1887.

DESCRIPTION CLINIQUE.

Etiologie. — Les facteurs étiologiques de l'uréthrocèle sont multiples. Un grand nombre ont été tour à tour invoqués. Ce sont : l'âge, la grossesse et l'accouchement (Duplay), les kystes du vagin (Priestley), les corps étrangers de l'urèthre, les calculs (Chéron), les rétrécissements, le traumatisme direct, les dilatations variqueuses du méat (G. Simon), les excès vénériens, la masturbation intra-uréthrale, le coït intra-uréthral comme dans le cas de Saexinger, dans lequel l'urèthre admettait facilement deux doigts.

Nous nous réservons de revenir sur ces facteurs en étudiant la pathogénie. C'est à ce moment également que nous examinerons la valeur de deux causes invoquées pour la formation de la poche uréthrale : la congénitalité (L. Tait) et les troubles de la nutrition générale (Newman).

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire dès à présent que, dans les cas publiés, deux agents étiologiques, l'âge et la parturition, ont rarement fait défaut.

C'est, en effet, de 35 à 40 ans qu'en général l'uréthrocèle commence à se montrer. Il existe, il est vrai, des cas de poches uréthrales chez des malades d'un âge moins avancé, mais ce sont de beaucoup les plus rares. Nos observations en témoignent, et les trois femmes observées par le professeur Pajot étaient âgées de 45 à 50 ans.

Quant à la grossesse, son rôle paraît également prépondérant. Presque toutes les malades atteintes de l'affection qui nous occupe ont été mères ; fréquemment leurs accouchements ont été laborieux : parfois le forceps a dû être appliqué.

Début. — Le mode de début est variable :

Ici les troubles de la miction ouvrent la scène : la malade urine plus fréquemment que de coutume, le jet est saccadé, et le passage de l'urine détermine une cuisson plus ou moins vive. Là

les urines sont troubles et laissent déposer au fond du vase du mucus parfois teinté de sang. Il y a quelquefois un peu d'incontinence.

Chez telle malade on ne trouve qu'une sensation de pesanteur au niveau de la vulve ; chez telle autre, il n'y a pas de symptômes précurseurs, et un beau jour la malade s'aperçoit qu'elle porte à l'entrée du vagin une petite tumeur.

Quoi qu'il en soit, lorsque la maladie est confirmée, elle présente deux ordres de symptômes : physiques et fonctionnels.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

GANGLION SUS-CLAVICULAIRE GAUCHE DANS UN CAS DE CANCER DE L'UTÉRUS.

M. André Petit donne lecture d'une note sur *un cas de ganglion sus-claviculaire gauche chez une malade atteinte de cancer de l'utérus.*

Il rappelle les observations de ganglions sus-claviculaires cancéreux, dans le cas de cancer gastrique, publiées dans les Bulletins de la Société à la fin de l'année dernière par MM. Troisier et Millard, ainsi que l'observation de M. Raymond relative à l'engorgement des ganglions sus-claviculaires gauches dans un cas de cancer utérin. Le fait qu'il a lui-même observé récemment est tout à fait analogue à celui de M. Raymond, et il est d'autant plus intéressant de les rapprocher que ce sont peut-être les seuls qui aient été publiés jusqu'ici.

La malade observée par M. André Petit est une femme âgée de 48 ans, dont la mère est morte d'un cancer de l'estomac, et qui offre dans sa famille quelques antécédents tuberculeux. Assez bien portante jusqu'au mois d'août dernier, elle avait eu trois couches sans accidents, et avait vu la ménopause s'établir, à 46 ans, sans trouble aucun. Depuis cette époque elle avait eu, à

deux ou trois reprises, un léger suintement sanglant, et avait présenté, il y a six mois, des phénomènes de dyspepsie assez marqués. Au mois d'août dernier, elle se plaignait de phénomènes qui amenèrent M. André Petit à pratiquer l'examen des organes génitaux, et lui firent constater l'existence d'un épithélioma du col utérin, déjà assez prononcé.

Ayant revu la malade à son retour de la campagne, au mois d'octobre, il constata l'existence d'une tumeur sus-claviculaire gauche, du volume d'une grosse noix, ayant manifestement les caractères d'un ganglion cancéreux : l'épithélioma utérin avait d'ailleurs progressé et la malade avait pris un aspect cachectique. Cette tumeur était apparue, assez brusquement, dans les premiers jours de septembre ; elle n'existait en aucune façon au mois d'août, lors du premier examen. D'ailleurs, aucune autre adénopathie ganglionnaire perceptible ; pas de signes de tuberculose ou de cancer gastrique ; pas de tumeur quelconque du sein.

Le diagnostic de cancer secondaire d'un ganglion sus-claviculaire gauche chez une femme atteinte précédemment de cancer de l'utérus fut confirmé par M. Reclus, appelé en consultation pour se prononcer au sujet d'une intervention chirurgicale. La présence même de ce ganglion fut une des raisons qui motivèrent l'abstention du chirurgien.

M. André Petit fait ressortir que ce sont là surtout des curiosités anatomo-pathologiques, puisque, d'après l'observation de Raymond et la sienne, ces adénopathies cancéreuses éloignées ne surviennent qu'à une période tardive du cancer utérin où elles perdent tout intérêt clinique, le diagnostic étant depuis longtemps trop certain. Cependant, l'existence de ganglions analogues dans des cas où l'état général serait encore moins gravement atteint, pourrait être une précieuse contre-indication à toute idée d'opération radicale.

Enfin, M. André Petit aborde l'intéressante et délicate question du mécanisme intime de ces propagations cancéreuses à distance. Embolie cancéreuse par le canal thoracique jusqu'aux ganglions sus-claviculaires gauches, a dit M. Raymond. Mais le fait est moins simple qu'il ne le paraît. La disposition anatomique du canal thoracique semble bien avoir quelque influence sur la

propagation plus fréquente aux ganglions sus-claviculaires gauches, mais il faut admettre alors que l'embolus cancéreux, arrivé à la crosse du canal thoracique, s'engage dans les canaux lymphatiques provenant des ganglions sus-claviculaires et les remonte jusqu'à ces ganglions en sens contraire du courant de la lymphe et en dépit des valvules nombreuses qu'ils présentent. Faut-il penser que la propagation se fait par la *voie* lymphatique indépendamment du courant liquide, le long des parois des canaux, peut-être par leurs vasavasorum, peut-être par la zone lacunaire qui les entoure ? Toutes hypothèses possibles, mais nullement démontrées jusqu'ici.

Pour les cas où les adénopathies cancéreuses sont multiples, et, par exemple, axillaires, comme dans l'observation de M. Millard, l'hypothèse de l'embolie veineuse, indiquée par M. Raymond, ne semble pas non plus répondre à toutes les objections : ne faudrait-il pas, en effet, pour arriver jusqu'aux ganglions axillaires, que l'embolus cancéreux, ayant pénétré dans les veines, soit directement, soit par l'intermédiaire du canal thoracique, traversât d'abord le cœur droit et les capillaires pulmonaires ? Pourrait-il aller plus loin ? et ne faudrait-il pas admettre le développement d'un noyau secondaire dans le poumon, envoyant à son tour, par le système artériel, l'embolus qui parviendra aux ganglions périphériques ? Pourquoi ne pas admettre dans des cas semblables, si la propagation par voie lymphatique est indépendante du sens du courant de la lymphe, que c'est encore par le canal thoracique et les vaisseaux lymphatiques dépendant directement, ou par anastomose, des ganglions indurés, que cette transmission à distance s'est opérée ?

C'est là un sujet qui mérite de nouvelles recherches ; mais il faut reconnaître que, jusqu'ici, tout se borne à des hypothèses, et que le mécanisme de ces propagations éloignées ne nous est pas connu. (*Bulletin médical.*)

Séance du 13 *Janvier* 1888.

TRAITEMENT DES DIARRHÉES PAR L'ACIDE LACTIQUE.

M. HAYEM. — A propos de la diarrhée verte des nouveau-nés et de son traitement par l'acide lactique, sujet sur lequel nous avons fait, M. Lesage et moi, une communication à l'Académie de mé-

decine, nous avons constaté ces derniers temps que les doses d'acide lactique que nous avons recommandées étaient peut-être un peu faibles et qu'ainsi s'expliquait, dans un certain nombre de cas, l'insuffisance du traitement. Au lieu de donner, dans les 24 heures, de 5 à 6 cuillerées à café d'une solution à 2 % d'acide lactique, solution que l'on édulcore avec un peu de sirop simple, nous donnons maintenant 15 à 20 cuillerées à café dans les 24 heures, toujours dans l'intervalle des tétées. Jamais nous n'avons observé la moindre intolérance et le moindre trouble.

D'autre part, j'ai voulu essayer le même médicament dans les diarrhées chroniques des adultes. J'ai déjà recueilli environ dix observations dans lesquelles l'acide lactique, à la dose de 2 ou 3 cuillerées à bouche de la même solution dans les 24 heures (soit 0,75 cent. à 1 gr. d'acide lactique) a arrêté rapidement des diarrhées rebelles à tous les traitements ordinairement usités.

J'ai eu, bien entendu, des insuccès, mais c'est l'exception jusqu'ici. On sait, du reste, qu'aucun médicament n'est absolument sûr dans certains cas de diarrhée chronique. La dose de 0,75 cent. à 1 gr. a toujours été parfaitement supportée. Au surplus, Cantani, qui a donné jusqu'à 4 ou 5 grammes d'acide lactique contre le diabète, a constaté la tolérance de l'économie même pour ces doses fortes.

J'ajoute que je ne suis pas encore fixé sur le mode d'action de l'acide lactique. Dans la diarrhée verte microbienne des nouveau-nés on pourrait supposer qu'il agit comme microbicide, par cette raison qu'il arrête très bien le développement des cultures du microbe, mais le bichlorure de mercure le vaut presque à ce point de vue et il n'a cependant aucune action thérapeutique sur la diarrhée verte. Aussi suis-je porté à penser que l'acide lactique agit plutôt comme modificateur de la nutrition de l'intestin que comme microbicide.

M. Sevestre. — J'ai constaté, comme vient de le dire M. Hayem, la nécessité des doses un peu élevées d'acide lactique pour arrêter les diarrhées des nouveau-nés. De plus, il m'a paru utile de donner le médicament à intervalles plus rapprochés que ceux indiqués primitivement par notre collègue. Ainsi, dans des cas graves, je donne une cuillerée à café de la solution toutes les 5 ou 10 minutes. Même dans ces conditions l'acide lactique est très bien

supporté, et souvent après une demi-journée ou une journée, la diarrhée est coupée.

Mais il ne réussit pas également dans toutes les diarrhées.

Les diarrhées bilieuses ne cèdent pas à l'acide lactique ; elles cèdent, au contraire, à des doses considérables de bicarbonate de soude : 1 gr. 25 par kilogramme de poids et par 24 heures. Ce chiffre paraîtra énorme pour des enfants aussi jeunes. Et cependant il faut employer ces doses et elles sont parfaitement supportées.

M. HAYEM. — Le bicarbonate de soude à haute dose n'entrave pas la nutrition. J'ai vu, quand j'étais l'interne de M. Vulpian, engraisser des rhumatisants chroniques auxquels M. Vulpian donnait jusqu'à 30 ou 40 gr. de bicarbonate de soude par jour.

Dans la diarrhée verte type, les selles sont faiblement acides et même généralement neutres. Elles sont, au contraire, toujours acides dans la diarrhée bilieuse. On pourrait donc supposer que cette acidité est neutralisée avantageusement, dans la pratique de M. Sevestre, par ces fortes doses de bicarbonate de soude, dont une partie est probablement rendue par les garde-robes. Il y aurait lieu, je crois, de vérifier ce point.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 *décembre* 1887. — *Présidence de* M. LANNELONGUE.

DES EPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES CHEZ LES FEMMES ATTEINTES DE KYSTES OVARIQUES.

M. DEMONS (de Bordeaux). Ces épanchements pleurétiques peuvent se rencontrer chez les femmes atteintes de tumeurs ovariques dans deux conditions : 1° dans les cas de cancers de l'ovaire, envahissant secondairement la plèvre et le poumon ; M. Demons ne veut pas parler de ces cas ; 2° dans les cas de kystes ovariques ordinaires ; ce sont ces cas seuls dont il veut s'occuper. Il a rencontré des épanchements pleurétiques dans ces conditions, dix fois sur cent cinquante cas. On ne peut donc pas admettre qu'il s'agisse d'une simple coïncidence.

Il importe de reconnaître la nature de ces épanchements pleu-

rétiques et de savoir s'ils sont symptomatiques d'une tumeur maligne ou d'une tumeur bénigne de l'ovaire. Ce diagnostic est des plus importants au point de vue de l'indication de l'ovariotomie. Une autre question qu'il se pose est celle de savoir s'il faut guérir ces épanchements pleurétiques avant de faire l'ovariotomie. Persuadé que ces épanchements sont la conséquence directe des kystes ovariques, M. Demons pratique l'ovariotomie comme si ces épanchements n'existaient pas; dans tous les cas où il a ainsi agi, les malades ont bien guéri et les épanchements pleurétiques ont assez rapidement disparu.

M. Terrier dit que le fait signalé par M. Demons est un fait connu des ovariotomistes. Cependant, il ne l'a pas observé dans les mêmes proportions que M. Demons. Il est vrai qu'il ne s'est occupé que des épanchements pleurétiques qui donnaient lieu à des accidents. En général, il les a constatés chez des femmes qui avaient des généralisations cancéreuses. Dans ces cas l'épanchement est franchement séreux.

M. Terrier considère donc ces épanchements comme étant d'un pronostic très sérieux. Au contraire, les épanchements simples, qui ne donnent pas lieu à des accidents marqués, sont plutôt d'un pronostic bénin. Toutefois, dans un cas de ce genre, chez une jeune fille, on a vu se produire rapidement une généralisation cancéreuse. M. Terrier ne s'explique pas la relation qui pourrait exister entre les kystes ovariques et ces épanchements pleuraux en dehors de la généralisation cancéreuse. Il est d'ailleurs absolument partisan de l'ovariotomie dans tous ces cas, même dans ceux où on soupçonne un cancer, car dans tous les cas il n'y a qu'à gagner et rien à perdre à l'ovariotomie.

M. Bouilly, sur une trentaine de kystes ovariques, a vu deux fois la complication pleurale, dont a parlé M. Demons. Dans un cas, il s'agissait d'un énorme épanchement pleural. M. Bouilly passa outre, pratiqua l'ovariotomie et la résorption de l'épanchement se fit très rapidement. Dans un autre cas, il s'agissait d'une tumeur solide de l'ovaire, baignant dans une énorme ascite et compliquée d'un épanchement pleural droit considérable. Même marche que dans le cas précédent après l'ovariotomie. Enfin, dans un troisième cas, il s'agissait d'un cancer de l'intestin avec ascite et pleurésie; laparotomie exploratrice, résorption rapide de

l'épanchement pleural. Cet épanchement n'avait aucun caractère cancéreux.

M. Lucas-Championnière a eu l'occasion de voir récemment une femme qu'il a ovariotomisée, qui avait un épanchement pleural, lequel s'est rapidement résorbé après l'opération.

En général, ces hydropisies de la plèvre sont d'un pronostic malin. Dans tous ces cas, M. Lucas-Championnière a constaté une diminution considérable de l'urine. Il a aussi toujours trouvé l'urée au-dessous de la normale. En résumé, pour lui, ces épanchements pleuraux sont d'un pronostic grave.

M. Terrillon, sur cent ovariotomies, n'a constaté cette complication que trois fois. Chez une de ces malades il fit une ponction de la plèvre, pratiqua ensuite l'ovariotomie, et fut très étonné de ne pas voir l'épanchement pleural se reproduire. M. Terrillon admet deux variétés d'épanchements pleuraux dans ces cas, l'une symptomatique de généralisation cancéreuse, l'autre simplement accidentelle et sans gravité.

M. Verneuil dit que toutes les tumeurs abdominales peuvent donner lieu à des épanchements pleuraux. Ce n'est pas une affaire de volume ni une affaire d'infection, les kystes du foie en sont un exemple ; des kystes de petit volume peuvent se compliquer de ces épanchements pleuraux. Cependant, il faut bien admettre une action mécanique, puisque l'ovariotomie est suivie de la résorption de ces épanchements.

M. Demons fait observer que ses collègues et lui sont d'accord pour admettre deux variétés d'épanchements pleurétiques, l'une grave, symptomatique d'une lésion cancéreuse, l'autre bénigne, compliquant un simple kyste de l'ovaire. Il y a lieu d'insister sur l'importance de ce diagnostic au point de vue de l'intervention chirurgicale pour la tumeur abdominale.

M. Terrillon fournit la statistique d'une troisième série de 35 ovariotomies pratiquées du mois d'octobre 1886 à novembre 1887. Sur ces 35 ovariotomies, il a perdu quatre malades. Aucune de ces malades n'est morte de péritonite ni d'infection. Elles étaient toutes dans un état très grave avant l'opération, et celle-ci a été toujours compliquée. L'une, âgée de cinquante ans, était très affaiblie, albuminurique, elle avait eu plusieurs péritonites ; la tumeur était énorme, l'opération avait été très difficile. Elle mourut d'épuisement vingt-quatre heures après. La seconde,

âgée de soixante-deux ans, est morte également d'épuisement le troisième jour ; l'opération avait été très compliquée. La troisième, âgée de quarante-sept ans, est morte aussi d'épuisement le troisième jour. Enfin la quatrième, âgée de vingt-sept ans, mourut cinq heures après l'opération : son kyste était suppuré.

Sur ces 35 cas, M. Terrillon a eu 28 cas difficiles, avec adhérences. Dans tous ces cas il n'y a pas eu de fièvre.

Sur ces 35 cas, 14 fois M. Terrillon a enlevé les deux ovaires, en particulier chez une femme atteinte de manie qui avait un kyste ovarique du côté gauche ; l'ablation des deux ovaires chez cette malade a donné les meilleurs résultats.

M. Terrillon emploie toujours l'eau bouillie ; il a remplacé les éponges par des éponges végétales. Il fait bouillir instruments et éponges avant l'opération. Dans toutes ses grandes opérations, il fait le lavage du péritoine avec de l'eau filtrée et bouillie ; M. Terrillon purge toutes ses malades le lendemain de l'opération.

Séance du 28 *décembre* 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

ÉPANCHEMENTS PLEURAUX ET KYSTES DE L'OVAIRE.

M. Verneuil. — Je rappellerai qu'au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences tenu à Rouen en 1883, M. Potain lut un mémoire intitulé: « Des fluxions pleuro-pulmonaires réflexes d'origine utéro-ovarienne. » Je ne puis m'empêcher de rapprocher ce mémoire de la communication faite par M. Demons à la dernière séance.

Dans certaines affections aiguës ovariennes ou péri-ovariennes, il n'est pas rare, dit M. Potain, d'observer des épanchements pleuraux sans tendance à la suppuration et guérissant avec l'irritation ovarienne qui a été leur point de départ ; ces épanchements ne sont pas d'origine inflammatoire et siégeraient du même côté que la lésion ovarienne.

M. Terrier. — Les faits rapportés par MM. Demons, Lucas-Championnière et Terrillon n'ont rien de commun avec le mémoire de M. Potain. Que veut dire, d'ailleurs, le mot irritation ovarienne ? Qu'est-ce que c'est que l'ovarite ? Pour moi, j'avoue ne pas connaître ces affections.

Dans notre précédente discussion il ne s'est agi que des kystes

de l'ovaire seulement ; il n'y a donc pas de parallèle à faire, et, par conséquent, pas de question de priorité à soulever.

M. Verneuil. — Je n'ai jamais dit que ces faits fussent absolument identiques, mais je ne puis m'empêcher de mettre en parallèle ces deux facteurs : irritation chronique de la région ovarienne et production d'un épanchement pleural d'une part, d'autre part irritation aiguë de la région ovarienne, retentissement aigu du côté de la plèvre. Il n'y a de différence que celle qui sépare une affection chronique d'une affection aiguë.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE NANTES

Séance du 14 *décembre* 1887.— *Présidence de* M. le Dr Laennec, directeur de l'École de médecine.

M. Heurtaux présente une *tumeur curieuse* par son évolution et par son aspect, qui ne sont pas ceux d'un carcinome ordinaire. Elle provient d'une femme de 36 ans. Cette tumeur, au dire de la malade, se serait développée dans le sein gauche en 2 mois. Quelques semaines avant l'opération, on sentait dans l'épaisseur de la glande mammaire plusieurs nodules isolés, dans l'aisselle une grosse masse ganglionnaire qui soulevait les muscles pectoraux et se prolongeait jusque sous la clavicule. D'après les renseignements fournis par la malade, il y avait lieu de penser à l'évolution de ganglions tuberculeux. Quatre semaines après le début, tous les nodules d'abord isolés étaient réunis en une plaque qui occupait tout le sein. — A la coupe, la tumeur présente un aspect bizarre et contient peu de sucs.

M. Heurtaux présente les organes pelviens d'une femme de 26 ans habitant l'île d'Yeu. Cette femme, robuste, très bien constituée, deux ans après son mariage, vit ses règles se supprimer, en même temps que se manifestaient les signes probables de la grossesse. Trois mois après, à la suite d'une émotion violente, des douleurs lancinantes se firent sentir dans le bas-ventre et les règles réapparurent, mais un peu irrégulièrement. Neuf à dix mois plus tard, la malade eut des selles puriformes. Les choses durèrent ainsi pendant 4 ans, lorsqu'au mois d'août dernier la femme éprouva des douleurs dans le voisinage de l'anus et des

fourmillements dans la jambe droite. Un abcès se forma au niveau de la marge de l'anus, à gauche ; une fistule s'établit en ce point et les selles purulentes cessèrent. A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, on fit par le trajet fistuleux une injection de 5 à 600 grammes de liquide. Au mois de novembre, M. Heurtaux put injecter deux litres de liquide ; en même temps, se produisait dans la région iliaque gauche un gonflement notable avec matité relative, comme si une certaine portion d'intestin fût interposée. Dix minutes après l'injection, le liquide s'évacuait par le rectum. Pendant plusieurs semaines, le traitement fut borné à des lavages antiseptiques. Mais cependant l'état général de la malade s'aggravait sensiblement et la laparotomie fut entreprise. Cette opération fut sans résultat, on ne trouva pas de poche et il y a tout lieu de croire que c'était dans l'intestin que s'accumulait le liquide injecté par le trajet fistuleux. Après l'opération, la malade ne tarda pas à succomber au choc opératoire.

A l'autopsie, on put se rendre compte qu'il existait sur le côté gauche de l'utérus une poche qui pouvait à peine loger une noix et dans laquelle existait l'orifice d'un trajet par lequel on pouvait faire pénétrer une sonde dans le rectum, un autre trajet rejoignant le premier en formant avec lui une *y* passait derrière l'utérus en contournant l'S iliaque, qui se reportait en arrière et venait s'ouvrir dans un foyer assez vaste appliqué contre la concavité du sacrum et communiquant avec le rectum.

La cause de la lésion est obscure; a-t-on affaire à une grossesse extra-utérine développée dans la cavité de la trompe qui se serait rompue de bonne heure, c'est ce qu'il est difficile de démontrer.

M. Gruget présente *une petite tumeur du sein* enlevée chez une fille de 35 ans. Le début remontait à 6 semaines. On sentait une nodosité dure de la grosseur d'une noisette mobile. L'examen fit penser à un fibrome. Mais à la coupe l'aspect de la tumeur était celui d'un carcinome avec quelques points épithéliomateux.

Petit adénome pédiculé du col utérin, chez une femme ayant eu de la métrite du col avec ulcération.

REVUE DE LA PRESSE

—

HYDROCÈLE CHEZ LA FEMME.

L'*Union médicale*, dans son numéro du 14 juillet 1887, p. 65, a rapporté trois cas de cette maladie. On peut en rapprocher le suivant, qui a été publié par le docteur A. Hirst, dans le *Brit. med. Journ.* du 3 septembre 1887. La malade, mariée, était enceinte pour la troisième fois, et très avancée dans sa grossesse. Il s'était développé lentement dans la grande lèvre gauche une tumeur qui, quand notre confrère la vit, avait à peu près le volume ordinaire d'une hydrocèle scrotale à l'époque où l'attention s'y porte pour la première fois. Cette tumeur était translucide, fluctuante, nettement circonscrite, sans impulsion par la toux, ni aucun autre signe de hernie. Un fin trocart y ayant été introduit, il s'écoula par la canule environ 200 grammes de sérosité, et la tumeur s'affaissa complètement. En raison de la grossesse avancée, le docteur Hirst ne voulut pas injecter dans la poche la teinture d'iode, qui lui a toujours réussi dans l'hydrocèle scrotale. Malgré des recherches attentives dans un grand nombre de livres sérieux, le docteur Hirst n'a jamais pu rien trouver sur ce sujet. (*Union méd.*)

ADHÉRENCE COMPLÈTE DU PLACENTA,

Par le Dr Fronoff.

L'auteur cite deux observations de l'adhérence complète du placenta aux parois utérines chez une femme, et qui se sont terminées par la guérison, malgré l'impossibilité de l'enlever complètement.

L'auteur insiste beaucoup sur la nécessité des injections antiseptiques, très efficaces dans ces cas, comme la marche de la température l'a bien prouvé les deux fois, ces injections étant faites la première fois à l'acide borique (toutes les heures au début, plus tard toutes les deux heures) ; la seconde fois au sublimé, 1/2000 (toutes les deux-trois heures, et à l'acide phénique deux fois par jour).

M. Fronoff conclut, suivant l'opinion du professeur Krassowsky, qu'il ne faut pas s'acharner à décoller le placenta s'il est absolument adhérent, et que l'on doit observer toutes les règles de l'antisepsie.

(*Gaz. Gyn.*)

HÉMORRHAGIE UTÉRINE.

Le fait suivant doit être mis sous les yeux des praticiens. Une jeune femme fut délivrée naturellement de son second enfant. L'action utérine avait été très énergique. Le placenta fut expulsé sans aucune difficulté, et l'utérus se contracta d'emblée et devint très ferme. Cependant, il survint une hémorrhagie violente,qui retint l'accoucheur auprès de la patiente pendant une couple d'heures, bien qu'en même temps l'utérus fût dur et l'action rythmique légère. Cette femme, à son premier accouchement, avait eu une hémorrhagie très grave, qui l'avait mise en danger pendant trois jours. La première nuit de son mariage, elle avait été prise d'une perte de sang si abondante, qu'il avait fallu aller chercher un médecin. Etant jeune fille, elle était sujette à des épistaxis sérieuses, mais n'avait jamais eu d'hémorrhagie par suite de plaie. Une sœur de cette malade avait eu également des épistaxis abondantes et était morte phthisique. On ne cite aucun cas d'hémophilie parmi les mâles de la famille.

(*The British med. Journ.*, 12 novembre 1807, et *Un. méd.*).

CONTAGION DU CANCER.

Le docteur Hoopper May rapporte dans le *Lancet* du 5 novembre un cas fort intéressant. En 1883, il perdait une de ses clientes. Cette femme, âgée de 53 ans, mourait d'un cancer utérin. Trois ans après, en 1886, le mari de cette femme avait un cancer du pénis. L'amputation de la verge qui fut aussitôt pratiquée ne sauva pas le malade. Il vient de succomber il y a peu de temps.

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ERGOTINE,

Par Bumm.

Bumm est d'avis qu'il faut absolument laisser de côté les parois abdominales comme siège de l'injection et choisir de préférence la région fessière, beaucoup plus tolérante et bien moins douloureuse. Il tient en second lieu à ce que les injections soient d'un faible titre pour ne pas être irritantes.

L'aiguille devra être enfoncée sans hésitation jusque dans les muscles de la fesse, comme on le fait d'ailleurs depuis quelques années pour les injections de calomel et de sublimé chez les syphilitiques.

E. Sch.

(*Centralblatt für Gynécologie*, n° 28, 1887).

LES FAUSSES TUMEURS ABDOMINALES ET LES FAUX KYSTES DE L'OVAIRE.

Chez certaines femmes, la paroi de l'abdomen prend parfois une apparence qui peut faire croire à la présence d'une tumeur abdominale, cela arrive assez fréquemment, et cette erreur de diagnostic peut devenir très préjudiciable aux malades exposées dès lors à une intervention dangereuse et inutile.

M. Terrillon rapporte le cas suivant: Une jeune fille, âgée de 18 ans, présentait toutes les apparences d'une tumeur abdominale. Le diagnostic en avait été fait par des médecins fort expérimentés qui, après des examens sérieux et répétés, avaient conclu à une tumeur ovarique certaine. Tout contribuait à donner raison à ce diagnostic ; palpation, apparence extérieure, toucher vaginal, etc., la percussion seule permettait quelque hésitation : la matité était indécise et la sensation de flot faisait défaut.

En présence de ce doute, le Dr Terrillon résolut d'examiner la malade pendant la résolution anesthésique. *Le ventre s'affaissa, la tumeur s'évanouit.* On réveilla la malade, *la tumeur se reproduisit.*

Des cas analogues ont été signalés, et toujours chez des femmes nerveuses, M. Terrillon, se plaçant à un point de vue essentiellement pratique, conclut qu'on ne doit jamais se contenter d'un examen insuffisant, que l'incision exploratrice, considérée actuellement comme une opération rationnelle pour complèter un diagnostic souvent fort difficile, doit être faite avec beaucoup de circonspection, car si elle sert à la connaissance de la conduite à tenir dans les cas où une tumeur existe réellement, elle n'est pas excusable dans ceux où la tumeur fait défaut.

L'auteur insiste sur l'utilité bien connue du chloroforme en pareil cas.

AMPUTATION DU COL DANS UN CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU CANAL CERVICAL.

Le Dr Dorogow, dans la *Médecine russe* n° 24, communique l'observation suivante :

Femme mariée depuis douze ans. Nullipare. Réglée à l'âge de seize ans; menstruation peu abondante, irrégulière et douloureuse. Hypertrophie de l'utérus et de la portion vaginale du col. Orifice externe rétréci, impossible d'introduire la plus fine bougie plus que 0,5 centimètres. Dilatation progressive du canal cervical avec les laminaria. Le 4 avril 1886, amputation du col; deux jours après, introduction

d'un cathéter à demeure pendant quinze jours, jusqu'à la cicatrisation complète. Une année plus tard, la femme a accouché à terme. (*Gaz. Gyn.*)

KYSTE DU PLACENTA.

A l'Académie royale de médecine d'Irlande, M. Horne a présenté un kyste du placenta siégeant près de l'insertion du cordon ombilical. Ce placenta provenait d'une femme de 28 ans, accouchée au 9e mois d'un enfant mort-né.

Cette femme se plaignait depuis quelque temps de violentes douleurs de ventre. L'examen, pratiqué avant l'accouchement, montrait une grande irrégularité du ventre, une saillie de l'utérus dans l'hypochondre gauche. Cet utérus très ferme empêchait de sentir le fœtus ; le toucher vaginal permettait à peine d'arriver à la tête que recouvraient les membranes ; il y avait peu de liquide amniotique. En somme, aucun signe permettant de faire le diagnostic. Malgré une perte abondante de sang, la malade guérit.

EXPULSION D'UN FIBROME UTÉRIN PAR L'ÉLECTROLYSE.

A l'hôpital des femmes de Soho Square, le docteur Holland rapporte un cas de fibrome utérin dont il a pu provoquer l'expulsion au moyen de l'électrolyse.

La malade fut admise pour une métrorrhagie abondante qui l'avait rendue presque exsangue. La matrice se trouvait englobée dans une tumeur volumineuse et irrégulière, qui atteignait la hauteur de l'ombilic. L'hémorrhagie ne cédant pas aux traitements habituels employés en pareil cas, on a eu recours à l'électricité, le 21 juillet. L'électrode négative, isolée jusqu'à 10 c. de son extrémité, a été introduite dans la cavité utérine, l'électrode positive, qui se terminait par le distributeur d'Apostoli, étant appliquée sur la région de la tumeur. On fait passer un courant de la force de 50 milliampères pendant dix minutes ; le 25 juillet, on a poussé le courant à 80 milliampères, et, le 29, jusqu'à 150 milliampères. La malade s'est plainte de douleur ; mais la tumeur avait déjà visiblement diminué de volume.

Le 9 août, comme l'hémorrhagie continuait, on a appliqué une force de 250 milliampères pendant 12 minutes. L'hémorrhagie a cessé de suite, et elle n'a plus reparu. Le 12, séance de 10 minutes, avec un courant de 250 milliampères. Le 27 août, la température s'est élevée à 37°7 c., et, bientôt après, une masse en putréfaction a été ex-

pulsée sans perte de sang. Le 8 septembre, une deuxième masse s'est séparée, et il a fallu l'enlever du vagin où elle se trouvait prise, tant elle était volumineuse. Le 15 septembre, la malade se trouvait complètement remise. La sonde n'entrait qu'à 7 c. dans l'utérus, et il n'y avait plus de tumeur ni d'écoulement. La guérison a exigé 55 jours.

(*Bull. Méd.*)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouveau spéculum à valves amovibles

de Ch. Dubois, *fabricant d'instruments de chirurgie*,

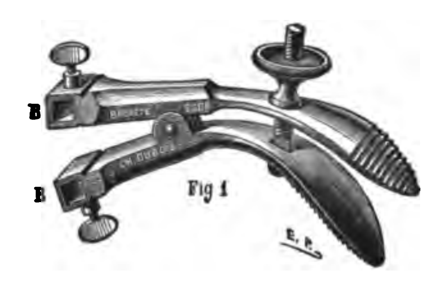
présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 3 janvier 1888.

L'extension prise dans ces dernières années par l'étude des maladies utérines, a vulgarisé dans une large mesure l'emploi du spéculum. Le grand nombre d'instruments de ce genre créés depuis lors démontre bien la nécessité pour le praticien d'avoir à sa disposition une série de spéculums variant, suivant les cas, de forme et de grandeur.

Un semblable arsenal ne laisse pas que d'être tout à la fois embarrassant et coûteux. J'ai cherché à obvier à ce double inconvénient et à résoudre le difficile problème d'un instrument unique remplissant toutes les indications.

Le spéculum que M. le Dr Vidal m'a fait l'honneur de présenter à l'Académie de médecine et que j'appelle *spéculum à valves amovibles*, répond à toutes les indications et à toutes les nécessités de la pratique médicale.

La partie essentielle en est constituée par la pièce (fig. 1) qui est des-



tinée à recevoir dans le carré BB toutes les valves de rechange, qui y sont fixées par la vis A. Les deux valves, réunies sur cette pièce consti-

tuent le spéculum complet (fig. 2.) Il résulte de cette disposition qu'a-

vec six valves de différentes grandeurs on obtient trois spéculums variés, ce qui est suffisant dans la pratique courante : spéculum pour vierge, spéculum pour opération, spéculum pour examen.

En outre, le mode de disposition des valves permet de les employer comme valves de Sims. A cet effet, j'ai construit (fig. 3) un manche destiné à recevoir chacune de ces valves, qui s'y trouve fixé au moyen de la vis A.

En résumé, voici les grands avantages de mon spéculum à valves amovibles, breveté S. G. D. G. :

1° Nettoyage certain et facile, assurant par suite une antisepsie absolue ;

2° Réunion sous un petit volume de trois spéculums variés de grandeur et de six valves de Sims ;

3° Enfin, le prix de l'instrument complet, tel qu'il vient d'être décrit, est de beaucoup inférieur à ce que coûteraient les instruments actuels qu'il remplace avec avantage.

NOUVELLES

Le Ministre du Commerce, par arrêté du 16 novembre 1887, vient, sur la proposition de l'Académie de médecine, de donner une médaille d'argent à Madame Forino, sage-femme à Gentilly (Seine), pour ses remarquables travaux sur la vaccination.

Nous applaudissons à cette distinction d'autant plus flatteuse que Madame Forino a déjà reçu une médaille et qu'elle est la seule sage-femme du département de la Seine sur laquelle se soient portées, cette année, les faveurs de l'Académie de médecine.

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — Sur la proposition de M. Gueniot, une commission composée de MM. Dumontpallier, Polaillon, Richelot, Martineau et Porak, est chargée d'étudier la question d'un congrès de gynécologie et d'obstétrique pour l'année 1889.

PRIX DÉCERNÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (1887).

Dans sa séance publique annuelle du 13 décembre dernier, l'Académie de Médecine a décerné les prix suivants :

Prix de l'Académie. — 1.000 francs. — Question : *De l'hystérectomie vaginale, Indications et procédés opératoires* ; décerné à M. Laurent Secheyron, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Prix Capuron. — Question : *De la régression normale des tissus et organes après l'accouchement. Etudier les altérations et les états pathologiques qui peuvent en résulter.*

L'Académie ne décerne pas le prix.

Un encouragement de 300 francs est accordé à M. le docteur Avrard, de Paris.

Prix de l'hygiène de l'Enfance. — 1.000 francs. — Question : *Etude clinique de l'athrepsie.*

L'Académie décerne le prix à M. Adolphe Lesage, interne à l'hôpital Saint-Antoine.

Deux mentions honorables à : M. le docteur Gaétan Dupré, à Longueval (Aisne) ; M. le docteur Jacquemar, de Paris.

Prix Civrieux. — 1.000 francs. — Question : *Des névralgies vésicales.*

L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur Maxime Châleix, de Bordeaux ; 2° M. le docteur Henri Hartmann, de Paris.

Des mentions honorables à M. le docteur Etienne, de Toulouse, et à M. le docteur Bernard, médecin de la marine en retraite.

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **Cours d'accouchements donnés à la Maternité de Liège**, par le Dr N. Charles. — 2 vol. Paris, J.-B. Baillière et fils. Liége, G. Bertrand, 1887.

Chargé depuis 9 ans de professer le cours d'accouchement à la Maternité de Liége, le professeur Charles a pu constater combien les élèves ont de difficultés à prendre des notes suffisamment détaillées et exactes ; c'est pourquoi il a entrepris de publier ses leçons ; mais, en même temps, il a voulu faire un livre qui puisse être consulté avec fruit par les praticiens, aussi a-t-il judicieusement étendu le cadre de son enseignement et y a-t-il ajouté tout ce qui présente un réel intérêt pour ceux qui se livrent à l'art des accouchements. L'auteur a voulu faire un traité complet, mais pratique; il y a pleinement réussi et il a su se garder avec une grande habileté des détails inutiles, des discussions stériles et des dissertations sans intérêt pour le praticien.

L'ouvrage se divise en deux volumes de plus de 500 à 520 pages chacun.

Le premier s'occupe de l'anatomie du bassin et des organes génitaux, de la physiologie de la génération, de la grossesse et de l'accouchement normal ; le dernier chapitre est consacré à l'hygiène de l'enfance.

Le second, comprend la pathologie de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance et des suites de couches. Les opérations obstétricales y sont décrites dans un chapitre spécial avec tous les détails qu'elles comportent.

Un grand nombre de figures concourent à faire mieux comprendre le texte et retenir les préceptes utiles pour la pratique des opérations obstétricales, pour les diverses positions et présentations du fœtus, etc., etc.

L'auteur est un partisan convaincu de l'antisepsie en obstétrique ; « c'est là dit-il, la sauvegarde des femmes contre ces terribles accidents puerpéraux qui naguère faisaient encore tant de victimes parmi les accouchées. » Nous ne saurions trop reconnaître le bien fondé de cette manière de voir, mais n'y a-t-il qu'un antiseptique efficace et faut-il admettre, avec le docteur Charles, que le sublimé présente une innocuité absolue ? Nous avons trop souvent attiré l'attention de nos lecteurs sur ce sujet pour avoir besoin d'y revenir.

Malgré cette réserve, nous nous faisons un plaisir de constater que ce cours d'accouchements est un travail consciencieux, remarquablement fait, présenté, et nous ne saurions trop en conseiller la lecture à tous ceux qui s'intéressent à l'obstétrique, c'est-à-dire à presque tous les médecins.

II. **De l'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie**, par le Dr Paul F. Mundé, traduit et annoté par le Dr P. Ménière. — Paris, Octave Doin, 1888.

L'électricité peut rendre de grands services en gynécologie, et la *Revue Médico-chirurgicale des Maladies des femmes* est précisément l'un des journaux spéciaux où les mémoires les plus importants ont été publiés sur ce sujet. Avons-nous besoin de rappeler les travaux de notre maître sur le traitement des corps fibreux, la congestion utérine et la métrite chronique par l'intermittence rythmée du courant continu ? C'est donc avec une vive satisfaction que nous voyons notre confrère, le docteur Ménière, nous faire connaître par une traduction élégante et enrichie d'annotations du plus haut intérêt, la pratique d'électrothérapie gynécologique du docteur Mundé. Nous souhaitons à ce petit

volume tout le succès qu'il mérite auprès de nos compatriotes et nous ne doutons pas qu'il reçoive d'eux le plus flatteur accueil.

III. — **Le Colchique et la Colchicine**, par J. V. Laborde et A. Houdé.— Paris, G. Steinheil. 1887.

M. Laborde dont la monographie sur les aconits et l'aconitine (en collaboration avec M. Duquesnel) a élucidé tant de points intéressants sur l'action physiologique et toxique de ce médicament, poursuit son programme de l'étude des principes immédiats extraits des plantes médicinales en nous donnant aujourd'hui une nouvelle monographie sur « le colchique et la colchicine ».

Ce travail est divisé de la façon suivante :

— *Histoire naturelle* et coup d'œil botanique sur le colchique d'automne ;

— *Etude chimique* et procédés d'extraction du produit le plus pur et cristallisé.

— *Matière médicale* et pharmacologie ;

— *Etude expérimentale*, physiologie et toxicologie ;

— Enfin *Thérapeutique*, indications et principales applications médicamenteuses.

De cette étude, les auteurs concluent que la colchicine cristallisée constitue un médicament curatif, et surtout préventif de l'accès goutteux proprement dit, et mérite, à cet égard, toute l'attention des médecins.

La *Revue Médico-chirurgicale des maladies des femmes* a reçu :

Contribution à la technique de la microphotographie, par Ch. Lecerf. (Bureau des publications du *Journal de Médecine de Paris* 1887.)

Bulletin de la phtisie pulmonaire, par le Dr A. Tilleau et le Dr Léon Petit. — Paris, O. Doin.

Des hémiatrophies de la langue d'origine syphilitique, par Robert Leudet. — Paris, Masson, 1887).

Le phosphate de cuivre et la tuberculose, par A. Luton. — Paris, décembre 1887.

Traitement de la scrofule par les bains de mer en hiver, par le Dr de Valcourt. — Paris, 1887.

Des névralgies vésicales, par le Dr Maxime Chale-Vivie. — Paris, J.-B. Baillière, 1887. (*Sera analysé*).

Rabelais médecin. Notes et commentaires, par le Dr Félix Brémond-Pantagruel.— Paris, A. Maloine, 1888.

Le volume que nous présentons aujourd'hui à nos lecteurs est le second volume de l'auteur sur Rabelais médecin. Nous ne saurions mieux faire que de nous associer à l'éloge suivant par lequel M. Wahn termine la préface de ce livre :

« Il est certain que la lecture de Rabelais serait indispensable à qui voudrait connaître l'histoire de la médecine à la Renaissance. Les commentaires érudits de M. le docteur Brémond sont, sous ce rapport, une bonne fortune pour le public. Erudition, précision dans les indications, choix judicieux des anecdotes et des citations historiques, rien n'y manque. C'en est assez pour assurer à la seconde partie de *Rabelais médecin* le même succès qu'à la première. »

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

1. — Traitement de la diarrhée infantile par le phosphate de soude. — La *Therapeutic Gazette*, éditée par le docteur H.-C. Wood, recommande vivement le *phosphate de sodium* comme remède dans certaines formes de diarrhée qui sévissent pendant l'été sur les enfants. Il est principalement indiqué dans la diarrhée d'été de couleur d'argile et dans le cas de garde-robes habituellement verdâtres, liées à l'insuffisance de la puissance digestive. Administré à ces petits malades à la dose de 10 grains anglais par bouteille d'aliment liquide, il produit souvent un notable amendement. Il est utile également chez les enfants qui souffrent de constipation habituelle, compliquée occasionnellement d'attaques de diarrhée. On croit qu'il exerce une action spéciale sur les organes glandulaires du tube intestinal. (*Union méd.*)

2. — Procédé pour éviter la lacération de l'anneau vulvaire et du périnée dans la présentation du sommet, par le docteur L. M. Bossi (*Annali di Ostetricia et Ginæcologia*). — Nous empruntons à la *Gazette méd. de Paris* l'analyse que M. Rey donne, dans ce journal, du procédé du docteur Bossi.

La lacération de la fourchette et du périnée constitue une complication morbide des couches par les accidents divers qui peuvent en résulter, et en créant une porte d'entrée à l'infection septique, enfin parce que l'utérus se trouve moins solidement maintenu dans sa situation normale.

Les méthodes pour prévenir cette lacération sont très nombreuses ; on a proposé:

D'appliquer la paume de la main à plat sur le périnée, les extrémités des doigts tournés en arrière et la femme placée en supination ;

D'appliquer la paume de la main de façon que le bord radial corresponde à la commissure inférieure de la vulve et le bord cubital à l'anus, le pouce placé entre la grande lèvre et la cuisse correspondante.

— Depaul conseillait de placer deux doigts de la main gauche sur la partie de la tête en rapport avec le pubis, et les deux doigts de la

main droite à la commissure périnéale, pour s'opposer à l'expulsion trop rapide de la tête en contre-balançant l'effort de la matrice ;

— Dumas introduit trois doigts d'une main dans le vagin, en les disposant en forme de cône pour soutenir la tête et dilater l'orifice vulvaire ;

— Playfair pousse vers la commissure postérieure le plus possible de peau ; d'autres repoussent le périnée en arrière et en bas ; ou encore introduisent dans le vagin, entre le périnée et la tête, deux doigts pour soulever la tête vers le pubis.

Schrœder vante la position genu-pectorale : les Anglais le décubitus latéral.

Goodell propose d'introduire un doigt dans le rectum pour faire l'extension manuelle de la tête.

On a fait enfin des incisions soit sur la ligne médiane, soit latéralement.

La méthode que j'emploie est celle de l'extension manuelle de la tête, qui peut s'exécuter de deux façons également avantageuses.

La femme est placée dans le décubitus dorsal, le bassin légèrement relevé. Lorsque la tête apparaît à la vulve, la main gauche est appliquée sur le sommet et repousse en arrière la partie fœtale, de façon à obtenir une distension lente et graduée du détroit vulvo-vaginal ; c'est le temps de la *contre-pression*.

Lorsque avec l'index de la main gauche on commence à sentir l'angle postérieur de la fontanelle antérieure, j'interviens avec la main droite en faisant l'*expression rectale*, telle qu'elle a été recommandée par Olshausen et Ahlfeld, pour défléchir la tête. A cet effet, un ou deux doigts de la main sont introduits par le rectum et accrochent, pour ainsi dire, ou le front, ou la bouche, ou le menton du fœtus à travers la cloison vaginale pour aider à la déflexion de la tête en la repoussant en haut et en avant, tandis que la main gauche s'oppose aux mouvements trop brusques.

Cette manœuvre est faite dans l'intervalle des contractions ou pendant les contractions, en recommandant à la femme de ne pas pousser trop, ou même, si l'expulsion est imminente, de ne pas pousser du tout, et en dirigeant constamment avec les deux mains la déflexion.

Des objections ont été formulées contre cette manière d'agir ; douleur occasionnée à la femme, danger de léser le rectum, etc.

Pour obvier à ces inconvénients, au lieu d'introduire le doigt dans le rectum, on peut placer trois doigts de la main droite contre

la région comprise entre l'anus et la pointe du coccyx et repousser en haut le front que l'on parvient à sentir parfaitement dans cette région. On pratique ainsi, au lieu de l'*expression rectale*, l'*expression externe* ou *extra-rectale*, méthode exposée par Ritken.

Mes observations portent toutes sur des primipares. Deux fois seulement, ayant pratiqué l'expression rectale, la fourchette se déchira. La déchirure ne se produisit pas pendant l'expulsion de la tête, mais seulement pendant l'expulsion des épaules. Dans les deux cas, la tête avait des diamètres supérieurs à la normale. La nécessité de protéger le périnée durant l'expulsion des épaules et de la poitrine s'impose donc.

Par l'expression externe, dans un seul cas, il y eut rupture de la fourchette; c'est la première fois que le procédé était appliqué. Dans tous les autres cas, le périnée et l'anneau vulvo-vaginal demeurèrent intacts. Un léger œdème de la fourchette fut observé dans les premiers jours dans quelques cas.

L'expression externe ou extra-rectale peut être substituée avec avantage à l'expression rectale.

3. — Traitement de la sialorrhée de la grossesse. — Pendant le printemps de l'année 1865, J. Schramm observa chez une femme enceinte un cas de salivation excessive. Cette personne était notablement affaiblie par l'abondance et la longue durée du flux salivaire. Le mal ne put être combattu avec avantage qu'après l'emploi d'une série considérable de médicaments. Ni l'iodure de potassium, ni l'atropine, recommandée par Ebstein, ne produisirent d'amélioration. La duboisine et la galvanisation du sympathique ne produisirent qu'une légère diminution du flux salivaire. Après que la grossesse fut arrivée à son cinquième ou sixième mois, et qu'on reconnut que celle-ci était bien la cause unique de la maladie, le Dr Schramm commença un traitement méthodique par la galvanisation du sympathique cervical. Ensuite, n'ayant rien obtenu, il eut recours aux injections de pilocarpine. Après sept injections de chlorhydrate (à la dose de 1 cent. à chaque fois), il y eut une diminution de la quantité journalière de la salive ; en même temps l'état général devint meilleur; il ne fut cependant pas possible de constater une action du médicament sur les glandes salivaires. Le moyen le plus actif fut le

bromure de potassium qui produisit une diminution rapide de la quantité quotienne de la salive. Il paraît exercer une influence directe sur les glandes. D'après Schramm, c'est un agent infaillible, et qui a pour avantage capital d'exercer surtout son influence sur les nerfs salivaires ; il est probable que cette action se produit à la fois sur le noyau d'origine du facial dans le bulbe et les fibres sécrétoires du sympathique. (*Memorabilien*, 1886, p. 280, et *Paris médical*.)

4. — Du phosphore dans le rachitisme (CANALI, de Parme). — M. Greffier analyse ainsi dans *l'Union médicale* ce travail emprunté à la *Rivista clinica* : Wegner, assistant à l'Institut d'anatomie pathologique de Berlin en janvier 1871, avait constaté, à l'autopsie d'un ouvrier attaché à une fabrique de phosphore, des lésions profondes dans tout le système osseux ; hyperostose diffuse de la calotte crânienne, périostite ossifiante du bord alvéolaire des deux maxillaires ; en outre, gros dépôts stratifiés de tissu spongieux dans les épiphyses et les apophyses des extrémités osseuses. Ce malade avait subi une amputation de fémur par suite d'une périostite gangreneuse très étendue du tibia.

Les lésions importantes rencontrées dans tout le squelette étaient-elles une conséquence de l'action lente du phosphore ? Wegner, pour s'en rendre compte, fit des expériences sur des lapins, expériences qui lui montrèrent que cette substance donnée à petites doses concentre son action non seulement sur l'appareil digestif (estomac, foie), mais, en outre, sur le système osseux en général. Le tissu osseux produit était beaucoup plus compact et moins fourni de vaisseaux qu'à l'état normal.

Ces expériences l'amenèrent à étudier l'influence que pouvait avoir cette substance sur l'ostéogenèse pathologique chez l'homme, par exemple dans l'ostéomalacie, le rachitisme, les fractures, les résections sous-périostées, etc. Il put ainsi observer des résultats absolument identiques à ceux qu'il avait recueillis chez les animaux, chez un enfant tuberculeux auquel on avait administré pendant deux mois et demi environ de petites doses de phosphore. Dans les fractures, dans les résections sous-périostées, on a noté qu'en administrant le phosphore, le nouveau tissu se développait plus rapidement, et qu'il était plus dense et plus solide. Dans le rachitisme et l'ostéomalacie, il n'a-

vait pas eu assez d'occasions de l'expérimenter pour pouvoir poser des conclusions.

Kassovitz (de Vienne) a repris ces recherches. Il a administré le phosphore à 500 enfants à la dose de 1/2 à 1 milligr. par jour. Les plus prompts et les plus brillants résultats sont ceux qu'il a obtenus dans le rachitisme crânien (crânio-tabès). Les phénomènes nerveux que l'on observe dans ce stade de la maladie, constriction laryngée, excitabilité réflexe exagérée, accès convulsifs généraux, insomnie, disparaissaient rapidement. Le processus de la dentition a été accéléré, mais a nécessité un emploi plus prolongé du médicament. La difformité thoracique disparaît peu à peu ; les côtes acquièrent leur résistance normale ; le catarrhe bronchique disparaît, ainsi que la dyspnée qui en était la conséquence.

Les déformations rachitiques de la colonne vertébrale, qui sont dues, d'après Kassovitz, à une flexibilité et à une compressibilité considérable des os et des cartilages vertébraux, plutôt qu'à un relâchement des ligaments, disparaissent. Les membres inférieurs reprennent de la force ; leurs mouvements ne sont plus douloureux, et les bambins, après quelque temps de traitement, commencent à se tenir sur leurs jambes et ensuite à marcher. La nutrition générale s'améliore ; le pannicule adipeux sous-cutané reprend son développement normal. Les fonctions digestives se relèvent, et les sueurs profuses cessent à la tête. Kassovitz conclut que, dans le squelette des enfants rachitiques, il y a une excessive vascularisation du tissu ostéogène, et que le phosphore à petites doses fait disparaître cet état morbide, et, par suite, le ramollissement des os.

Le docteur Guidi (de Florence) a observé de bons résultats du phosphore dans le rachitisme. L'assimilation était assez prompte chez les enfants au-dessous de 2 ans, qui acquéraient rapidement la force de marcher, elle n'était pas bien manifeste, au contraire, chez les enfants de 2 à 4 ans parce que le remède n'était pas bien toléré. Betz a administré le phosphore sous forme de pommade dans le tabès crânien avec un certain succès, qu'il croit dû à l'absorption des vapeurs de phosphore par les voies respiratoires. L'auteur cite encore un très grand nombre de praticiens qui ont employé le phosphore dans le rachitisme et n'ont eu qu'à se louer.

A son tour, Canali a repris ce traitement à l'Institut obstétrical de Parme. Il publie quinze observations qu'il fait suivre des réflexions suivantes :

« Dans nos observations, à l'exception de deux, le phosphore a été bien toléré. Les résultats ont été des plus satisfaisants : dans certains cas, il y a eu guérison complète ; dans d'autres, amélioration notable. C'est avec une rapidité surprenante qu'il agit dans le tabès crânien. Les phénomènes nerveux qui se montrent dans cette période, constriction laryngée, convulsions générales, insomnie, disparaissent rapidement avec l'ossification des os crâniens. Nos observations I, IV, V, XII, XIII, confirment pleinement les résultats obtenus par Kassovitz dans sept cas de crânio-tabès. La disparition du spasme laryngé arrive au bout de quelques jours de traitement, et il en est de même des convulsions générales. La fontanelle antérieure va en se rétrécissant peu à peu et l'ossification des os du crâne reprend son cours.... Le processus de la dentition dans la majeure partie de nos observations a été accéléré par l'usage du phosphore continué de un à trois mois. Le gonflement épiphysaire des extrémités a diminué, et aussi, ainsi que l'ont démontré plusieurs de nos cas, les déviations rachitiques de la colonne vertébrale. En même temps, les déformations thoraciques se sont corrigées, comme l'observation III en est une preuve bien manifeste. Les enfants ont repris rapidement de la force principalement dans les jambes et le tronc, et le progrès a continué avec la prolongation du traitement. Les fonctions digestives, dans la plupart de nos cas, ont été stimulées, et, avec le retour de l'appétit, la nutrition générale s'est améliorée. »

Comme certains observateurs n'ont obtenu aucun résultat du phosphore, l'auteur pense que cela tient à la difficulté de la préparation, et il conseille aux pharmaciens d'avoir toute prête une solution de phosphore dans l'huile d'olive (2 décig. p. 100 gr. d'huile). Une autre cause de la différence des résultats obtenus doit être attribuée à l'état des fonctions digestives chez les enfants.

Dans certains cas, le phosphore n'est pas toléré, ou bien provoque la diarrhée. Alors il n'est pas absorbé et ne peut rien produire.

Voici les formules employées par Canali :

1° Phosphore.........	0 gr. 01 centig.
Huile de foie de morue	100 grammes.

Deux à trois cuillerées à café par jour.

2° Phosphore		0 gr. 01 centig.
Huile d'amande douce		30 grammes.
Gomme arabique pulvérisée.	ãã	15 grammes.
Sucre de canne pulvérisé. .		
Eau distillée.		40 —

Deux à trois cuillerées à café par jour.

***

5. — Diarrhée verte infantile. (Hayem et Vigier.)

Acide lactique.	2 grammes.
Sirop simple.	98 —
Essence de citron.	1 goutte.

Mêlez et filtrez au papier

Ce sirop ressemble tout à fait au sirop de limons, et se prescrit a la dose de 2 à 3 cuillerées à café par jour.

***

6. — Le tubage de la glotte dans le croup. — Cette opération, proposée et défendue par M. Bouchut vers 1858, a été récemment reprise par un médecin américain, M. O'Dywer, qui mène grand bruit autour de sa pseudo-découverte.

Dans *la Clinique*, journal officiel des hôpitaux de Bruxelles, le Dr A. Gallet publie sur la question un travail auquel sont empruntées les parties suivantes :

Le tubage est une opération qui a pour but d'introduire dans le larynx un tube de dimensions proportionnées à l'âge du malade et de permettre ainsi à l'air d'arriver librement aux poumons.

Pour pratiquer cette opération, O'Dywer emploie des tubes de 3 à 6 centimètres de longueur et de 3 à 6 millimètres de diamètre ; l'appareil se compose en outre d'un bâillon pour maintenir la bouche ouverte et éviter les morsures, d'une pince introductrice et d'un extracteur.

L'opération décidée, un aide suffit pour tenir l'enfant, le tube choisi est appliqué sur la pince introductrice — coudée à angle droit — le bâillon est placé. De l'index gauche, l'opérateur relève l'épiglotte, reconnaît l'orifice de la glotte et de la main droite y glisse le tube

avec douceur; pendant que l'introducteur est dégagé, l'index gauche maintient le tube et le pousse jusqu'à ce qu'il occupe bien l'intérieur de la glotte. Grâce à un renflement qui termine sa partie supérieure, le tube repose alors en arrière sur les cartilages arythénoïdes et latéralement sur les cordes vocales supérieures.

Une fois le bâillon placé, l'opération ne doit pas durer plus de vingt secondes.

Depuis quelques années, plusieurs chirurgiens ont apporté des modifications au manuel opératoire et aux instruments de O'Dywer. Dans les journaux de médecine et dans les sociétés scientifiques, de longues discussions se sont élevées. Les tubes longs de O'Dywer, n'empêchent-ils pas l'épiglotte de retomber et de s'appliquer sur l'ouverture du larynx, dès lors des parcelles d'aliments, des corps étrangers ne peuvent-ils point se glisser dans cet organe et provoquer des accidents? Ne vaut-il pas mieux avoir recours aux tubes de Hoadley, plus courts, s'enfonçant plus profondément et s'appuyant sur les cordes vocales inférieures ? Mais, les tubes courts, ne seront-ils pas rapidement obstrués par les fausses membranes, un effort de toux ne les pourra-t-il point rejeter ? Aussi, Waxham, se prononce-t-il pour les tubes longs, et il munit son appareil d'une épiglotte artificielle, afin d'éviter les inconvénients reprochés à l'appareil de O'Dywer.

Dans cette étude sommaire, il est impossible d'exposer les détails de ces modifications et de discuter la valeur des arguments que l'on a produits pour les justifier. A ceux que la question intéresse, je conseille de consulter la notice bibliographique qui termine ce travail; ils trouveront dans les articles signalés, des renseignements complets.

J'ai vu pratiquer le tubage; l'opération se fait avec une rapidité étonnante. On doute un moment. Ce larynx qu'une miette de pain met sens dessus dessous, va-t-il supporter sans révolte un tube de 4 centimètres de long ? Il faut se rendre à l'évidence. La pince exploratrice est revenue seule et le patient respire. Il tousse, et sa toux caractéristique — pleine, explosive, métallique — témoigne de la présence de l'appareil dans le conduit respiratoire.

Conclusions. — 1° Toutes choses étant égales d'ailleurs, on aura toujours recours au tubage, lorsque le malade sera âgé de moins de trois ans et demi ;

2° Entre trois ans et demi et cinq ans, sans être exclusif, on aura recours à la trachéotomie;

3° Au-dessus de cinq ans, toujours on pratiquera la trachéotomie;

4° Chez l'adulte, la trachéotomie est excessivement grave. On pourrait essayer le tubage ;

5° Lorsqu'il est probable que dans la trachée se sont accumulées des fausses membranes, jamais on n'aura recours au tubage ;

6° Lorsque l'opération est urgente et qu'il est impossible d'avoir des aides intelligents, on pratiquera le tubage ;

7° On a dit que le danger consécutif au tubage était toujours imminent et que la présence du chirurgien était par conséquent toujours nécessaire. Il paraît n'en être rien. Max Stern considère même les soins consécutifs comme moins utiles que dans la trachéotomie, et, pour ce motif, il a toujours recours au tubage dans la classe pauvre.

7. — **Traitement de la diphthérie.** — Le *Progrès médical* donne, d'après M. J. Simon, le memento thérapeutique suivant au sujet de la diphthérie.

Il faut absolument proscrire l'emploi des vésicatoires, dont la surface se couvre de fausses membranes ; des émissions sanguines et des mercuriaux, qui affaiblissent les malades ; de l'opium, qui amène rapidement un état de dépression ; enfin il faut éviter l'abus du chlorate de potasse à haute dose.

Voici le traitement employé par M. J. Simon contre l'*angine diphthéritique* :

1° *Localement.* — *A.* Badigeonnage avec le jus de citron, le vinaigre simple ou aromatique, ou même le vin rouge pur ; quand les fausses membranes sont très épaisses, on se sert d'un mélange à parties égales de perchlorure de fer et de glycérine, appliqué 3 ou 4 fois par jour. Dans l'intervalle on badigeonnera toujours, soit avec les collutoires ordinaires, soit avec la mixture suivante, préconisée par M. J. Simon :

Acide salicylique..................	0.50 centig.
Décocté d'eucalyptus.............	60 gram.
Glycérine.......................	30 gram.
Alcool.........................	12 gram.

On imbibe de cette mixture un petit pinceau de charpie assez court pour que l'on puisse *frotter* la muqueuse et la bien débarrasser des pseudo-membranes, en ayant soin de ne pas faire saigner. On pra-

tiquera la manœuvre toutes les heures pendant le jour et toutes les deux heures pendant la nuit, en changeant la charpie chaque fois.

B. Si le malade est assez âgé, il se gargarisera toutes les 2 heures avec un des liquides suivants : acide borique, 4/100 : borax, 4/200 ; eau de chaux médicinale ; eau vinaigrée ; chlorate de potasse, 8/200.

C. Si le malade est trop jeune pour se gargariser, on fera des irrigations toutes les heures avec un litre d'eau de chaux coupé d'une des solutions précédentes, et toujours tiède.

Sur le cou, pommade à l'iodure de potassium, ou bien à la belladone ou à la jusquiame, maintenue par une cravate ouatée.

2° *A l'interieur.* — Perchlorure de fer, à la dose de 3 à 6 gouttes et un peu d'eau, toutes les 2 ou 3 trois heures, au moment de l'ingestion d'un aliment liquide. Eviter son mélange incompatible avec le lait, l'eau de gomme et le métal des cuillers.

Si le petit malade a dépassé 5 ou 6 ans, M. J. Simon lui donne soit l'extrait oléo-résineux de cubèbe à la dose de 4 à 6 gr. dans une potion aromatisée, soit la préparation suivante donnée par bols :

Cubèbe..............	30 gr.
Copahu.............	60 gr.
Sous-carbonate de fer....	4 gr.

Sous-nitrate de bismuth q. s. pour solidifier.

En outre, *régime tonique* ; alcool sous toutes ses formes (eau-de-vie, malaga, champagne, porto, vin d'Espagne, etc.), extrait de quinquina de Colombo.

La chambre de l'enfant doit être maintenue à 15° ou 16°, elle doit être constamment aérée par une porte et non directement par la fenêtre ; on fera des pulvérisations de thymol ou d'eau-de-vie.

Quand le croup est déclaré. — Dès l'apparition des premiers signes (raucité de la voix et de la toux, respiration sifflante), faire vomir le malade. Donner l'ipéca, et renouveler son administration s'il y a lieu.

Dès que l'oppression et le tirage se sont établis, pratiquer la trachéotomie.

***

8. — De l'alun dans le traitement de la coqueluche. — Le Dr Woodman-Dowdiny, qui admet la nature spécifique de la coqueluche, croit qu'on sera obligé de se contenter d'un traite-

ment palliatif et symptomatique tant qu'on n'aura pas découvert un antiseptique qu'on puisse administrer en quantité suffisante pour qu'il détruise les germes.

L'auteur a, dans sa thèse de doctorat, soutenue à l'Université de Dublin en 1882, préconisé le traitement par l'alun en se basant sur plus de 200 cas empruntés à sa pratique personnelle. Il a montré que par les applications locales d'alun dissous dans la glycérine sur le pharynx, et la partie supérieure du larynx, les spasmes respiratoires diminuaient de fréquence et de violence ; surtout dans une grande quantité de cas récents. Sans doute, l'alun agit en coagulant l'albumine du mucus des tissus et en formant une sorte de revêtement protecteur aux parties fortement hyperesthésiés, en les protégeant contre l'irritation et l'action réflexe ultérieure. Grâce à son action astringente, il limite la quantité de sang, et diminue l'hyperhémie. L'alun dans la glycérine n'est pas désagréable à prendre. On en met un peu sur la langue de l'enfant plusieurs fois durant le jour et la nuit, et si cela ne paraît pas suffisant, la face postérieure du pharynx et la partie supérieure du larynx sont badigeonnées avec la même solution. Ce procédé n'agit pas sur les complications qui se présentent dans le cas d'une certaine durée. Chacun sait combien il est important d'arrêter les spasmes aussitôt que possible chez les enfants rachitiques, parce que les enfants, dans ces conditions, succombent très facilement par le seul fait des convulsions. L'auteur croit cependant que les applications locales de cocaïne agissent plus vite et sont encore préférables à celles d'alun. Le Dr Morin J. Lewis, de Philadelphie, préconise, au contraire, dans la coqueluche, le nitrite d'amyle. Un enfant de trois mois présentait des paroxysmes tout à fait inquiétants. Chacun d'eux était arrêté par une inhalation de nitrite d'amyle. On avait essayé d'abord l'éther ; mais, sur la proposition du Dr Sepper, on ajouta à la dose administrée une petite quantité de nitrite. On conservait la préparation dans une petite fiole, et, à chaque quinte, on imbibait légèrement avec l'extrémité du doigt la bouche et les narines. La gravité et la durée du paroxysme étaient notablement diminuées ; mais les accès étaient aussi fréquents. Aucun effet défavorable n'était noté, même quand la bouteille renfermant 70 gouttes de nitrite d'amyle était tenue près du nez de l'enfant. Ce traitement fut continué pendant une semaine ou deux, et durant ce temps, on continua de donner l'atropine à dose de un demi-milligr. toutes les trois heures. Le Dr Lewis croit que le nitrite d'amyle peut

rendre de véritables services dans tous les cas analogues. La tendance aux hémorrhagies viscérales est notablement diminuée. En diluant le nitrite d'amyle dans l'éther ou l'alcool, on peut l'administrer à la dose requise, et le mettre plus aisément en perles que le nitrite pur. En le plaçant dans un flacon convenable, on peut très facilement en imbiber la pointe du doigt en retournant la bouteille.
(*Paris médical*, d'après le *Chicago Weekly medical Review*.)

9. — Tamponnement de l'utérus par la gaze iodoformisée. — Dans un article publié par les *Annales de la Société médicale de Liège*, M. le docteur Fraipont fait remarquer qu'en chirurgie le tamponnement des cavités au moyen de gaze iodoformisée, phéniquée ou sublimée pour arrêter les hémorrhagies en nappe plus ou moins abondantes, est devenu une pratique courante, et que le même procédé peut être utilisé en obstétrique. A ce point de vue, la gaze iodoformisée, à larges mailles, souple et mince, est celle qui convient le mieux pour ce tamponnement. On peut la laisser un jour, deux jours et même trois dans la cavité utérine, après un lavage préalable au moyen d'une solution phéniquée ou sublimée, sans qu'on observe ni rétention des sécrétions, ni décomposition. Cette gaze, même fortement tassée, ne constitue pas moins un filtre qui laisse passer les liquides, sécrétés, dont la quantité est du reste considérablement diminuée. Ces liquides, loin de s'altérer, se purifient au contraire au contact de l'iodoforme, car il n'est pas rare de constater, lorsqu'on a tamponné un utérus, à la suite d'un avortement par exemple, où il y avait rétention de membranes putréfiées à odeur infecte, que la gaze qu'on retire le lendemain ne dégage plus que l'odeur de l'iodoforme.

Il faut naturellement, pour que l'introduction de la gaze puisse se faire sans difficultés et sans souffrance pour la femme, que l'utérus soit préalablement ouvert ; aussi M. Fraipont ne parle-t-il que des hémorrhagies qui succèdent à une opération pratiquée à l'intérieur du corps utérin : abrasion de la muqueuse hyperplasiée, excision de polypes pédiculés, ou énucléation de fibromes sous-muqueux encapsulés, etc., ou de celles qui surviennent immédiatement après une fausse couche, lorsque l'œuf et les membranes sont expulsés ou ont

été extraits, ou après un accouchement pathologique ou même normal, et qui sont dues à une atonie marquée du muscle utérin.

La façon de pratiquer cette obturation de la cavité utérine est des plus simples. La femme étant placée dans la position obstétricale, on abaisse, au moyen d'une valve de Sims ou du spéculum de Simon, la paroi postérieure du vagin et on saisit la lèvre antérieure du col avec une pince à balle, sur laquelle on fait tirer modérément. On a eu soin de préparer à l'avance plusieurs languettes de gaze iodoformisée de trois bons travers de doigt de largeur et d'un mètre de longueur. Au moyen d'une pince à pansement ordinaire, on introduit l'extrémité d'une de ces languettes jusque dans la cavité cervicale, puis on la pousse doucement dans l'utérus au moyen d'une sonde utérine. On fait tenir l'extrémité terminale par un aide pendant qu'on en introduit une seconde à côté, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'utérus soit rempli. S'il s'agit d'un accouchement prématuré ou à terme, on doit naturellement employer des languettes plus larges et plus longues pour aller plus vite.

Cette gaze absorbe les sécrétions, les désinfecte, les laisse filtrer au dehors, et provoque de plus rapidement, en agissant comme corps étranger, les contractions utérines si utiles pour mettre fin à l'hémorrhagie. On peut les laisser en place 24 heures, souvent même davantage, et les remplacer par de nouvelles, en nombre moindre, s'il est nécessaire.

10. — Indications et Manuel opératoire de la fécondation artificielle. — Le professeur Paolo Mantegazza résume, dans le numéro de janvier-février 1887 de la *Gazetta degli Ospitali*, les indications et le manuel opératoire de la fécondation artificielle. La *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* en donne l'analyse suivante :

Les différentes conditions physiologiques qui peuvent autoriser jusqu'à un certain point le médecin à proposer cette étrange méthode sont, d'après l'auteur, les suivantes :

1° Dans le cas d'hypospadias ;

2° Lorsque la verge est extrêmement courte ;

3° Chaque fois que le sperme s'écoule goutte à goutte, et n'est pas projeté normalement ;

4° Dans tous les cas où il existe une déviation de l'utérus ou un rétrécissement du col tel que la fécondation soit impossible ;

5° Même lorsque le col utérin a été dilaté artificiellement et n'a pas donné le résultat attendu ;

6° Dans tous les cas, enfin, où la cause de la stérilité est restée inconnue.

Il serait bien facile de critiquer cette étrange méthode appelée à rester longtemps encore plus théorique que pratique dans la majorité des cas où son application pourrait rendre le service attendu. Il y aura toujours une barrière à franchir, pour ne pas dire impossible, c'est la répugnance que presque tous les époux éprouvent d'avoir un rejeton autrement que par l'œuvre de la nature.

L'auteur termine cette note par le *modus operandi* qui lui a réussi un certain nombre de fois. Il a d'abord expérimenté la méthode de Rouband et de Sims, et n'a pas obtenu le bénéfice qu'il espérait. Il opère de la façon suivante : Le sperme est recueilli dans un verre, au moment de sa sortie, dans l'acte naturel du coït. Le médecin intervient alors et charge la canule de Rouband, puis, un spéculum étant convenablement placé, il en injecte la semence dans la cavité utérine. Le repos au lit dans le décubitus dorsal pendant quelques heures termine la scène. Il a fallu parfois faire plusieurs séances avant d'obtenir un résultat satisfaisant.

11. — Sirop calmant contre la toux des enfants. — (*Bull. méd.*)

Sirop de coquelicot..........	30	grammes.
Elixir parégorique...........	30	gouttes.
Eau de laurier-cerise.........	10	grammes.
Sirop de groseilles........... } — framboises......... }	40	—

A prendre par cuillerées à café toutes les deux heures.

12. — Destruction des pédiculi pubis. — Il est très fréquent de voir des érythèmes étendus et même une vésication de la peau après l'application si banale que l'on fait de l'onguent napolitain

pour détruire les *pediculi pubis*. Si on emploie cette substance, il faut d'abord bien faire laver les parties sur lesquelles doit être appliquée la pommade, puis celle-ci doit être recouverte de poudre. Deux heures plus tard la pommade est enlevée par un lavage au savon ; une nouvelle application est faite quarante-huit heures plus tard ; mais il est bien préférable de se servir de la pommade au calomel à 5 p. 100 qui a beaucoup moins d'inconvénients.

On pourrait, dans certains cas, employer aussi la préparation suivante, qui est usitée à Vienne :

Pétrole....................	15 grammes.
Baume du Pérou...........	15 —
Huile de laurier.............	1 —

Cette préparation est appliquée avec un pinceau et est enlevée au bout de trois heures par des lavages.

Le bichlorure de mercure soit en bain, soit en lotions, tue tous les pédiculi. Pour le bain, il faut 10 grammes de sublimé pour 200 litres d'eau et une immersion de trois-quarts d'heure. Pour les lotions, on peut prescrire 1 gr. de sublimé dissous dans 100 gr. d'alcool de menthe. On met une cuillerée à café de cette solution dans un litre d'eau pour faire des lotions, matin et soir, pendant quelque temps.

Ces divers procédés ont l'inconvénient de ne pas détruire les œufs qui restent solidement fixés aux poils et sont la cause d'une pullulation ultérieure. Pour les détruire, le seul moyen qu'on ait à sa disposition consiste à imbiber les régions velues avec du vinaigre qui a la propriété de ramollir la chitine, c'est-à-dire la substance qui produit l'adhérence de l'œuf qu'il faut ensuite détacher avec un peigne fin. Sans cette précaution, les récidives sont très fréquentes. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

FORMULAIRE

—

De la dilatation du canal cervical et de la cavité utérine sous le courant d'eau chaude. (J. Chéron.)

Des travaux récents ont démontré l'importance de la dilatation du canal cervical, non seulement au point de vue de l'exploration, mais encore au point de vue thérapeutique (1).

(1) De l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. *Revue des maladies des femmes*, 1887.

Le canal cervical, dont la muqueuse représente la zone réflexogène, par excellence, de l'appareil utéro-ovarien ne saurait être atteint dans son intégrité, sans porter tort au fonctionnement normal de l'appareil génital et de nombreux organes éloignés.

L'atrésie de cette muqueuse, l'hypertrophie de ses glandes, la formation de valvules, etc., représentent autant d'altérations auxquelles la dilatation vient porter remède.

D'une autre part, les altérations de la muqueuse utérine ne peuvent être atteintes directement, modifiées ou supprimées qu'autant que le passage sera facile à l'instrument de l'opérateur. Il importe, en même temps, que les produits morbides d'excrétion soient facilement rejetés au dehors.

Les moyens de dilatation, les méthodes même sont nombreuses et s'augmentent chaque jour.

Parmi ces nombreux moyens, il en est un qui, dans ces derniers temps, nous a rendu les meilleurs services. La première fois que nous eûmes à en faire usage, il s'agissait d'un cas d'endométrite membraneuse ; utérus sensible et très augmenté de volume, canal cervical étroit et valvulaire, rejet, à chaque période menstruelle, de la muqueuse utérine en fragments volumineux mêlés de caillots, douleurs atroces nécessitant l'emploi de la morphine par la voie hypodermique.

La dilatation, très indiquée en pareil cas, ne pouvait être supportée, même avec le plus mince des dilatateurs.

Une sonde de Bozeman, du plus petit calibre, parvint à passer, mais en éveillant de vives douleurs. Celles-ci cessèrent aussitôt qu'un courant d'eau chaude à 45° eut traversé la cavité utérine.

Enhardi par ce commencement de succès, nous fîmes construire une sonde dilatatrice, à branches amovibles, que nous présenterons incessamment au lecteur.

A l'aide de cet instrument, on fait passer un courant d'eau chaude et on dilate, en même temps, sans provoquer aucune douleur. On peut pousser la dilatation rapidement (5 à 10 minutes) et très loin (10 à 12 millim). On n'aurait à craindre que les déchirures de la muqueuse, accidents auxquels on remédie en ajoutant à l'eau chaude de l'acide phénique ou mieux de l'acide picrique (4 pour 1000) dont l'action coagulante des matières protéiques est aujourd'hui bien connu de tout le monde.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. TUMEURS FIBREUSES DE LA PAROI ABDOMINALE CHEZ LA FEMME.

II. DOIT-ON CONTINUER A PRATIQUER L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE POUR TRAITER LES FIBRÔMES UTÉRINS? — STATISTIQUE DE THOMAS KEITH. — TRAITEMENT ÉLECTRIQUE. — DANGERS DE L'EMPLOI, EN GYNÉCOLOGIE, DES COURANTS D'UNE HAUTE INTENSITÉ. — CONCLUSIONS.

—

I. — Les fibrômes de la paroi abdominale sont encore mal connus; aussi ai-je cru qu'il y aurait intérêt pour les lecteurs de la *Revue médico chirurgicale des maladies des femmes* à leur présenter un court résumé de l'intéressante leçon que M. Tillaux a faite sur ce sujet (1).

Dans les deux observations qu'il présente, il s'agit de malades portant au-dessus de l'arcade de Fallope, (à droite dans un cas, et à gauche dans l'autre), une tumeur dure plus ou moins volumineuse, développée sans troubles fonctionnels, sans troubles digestifs, sans difficulté de la miction, sans augmentation de la durée des règles ni de leur quantité. Dans les deux cas, la peau est mobile à la surface de la tumeur qui, très dure, régulière au palper, indolente spontanément et légèrement sensible à la pression,

(1) Des tumeurs fibreuses péripelviennes chez la femme. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, janvier 1873.

est mobile verticalement et immobile dans le sens transversal, et semble se rattacher par un pédicule étalé et très court à la crête iliaque.

Lorsque les parois abdominales sont peu épaisses et la tumeur sous-cutanée, en présence d'un tel ensemble de caractères, le diagnostic s'impose. Si les parois de l'abdomen sont épaisses et la tumeur plus profonde, on peut se demander si la tumeur est bien contenue dans la paroi ou si elle est intra-abdominale. Pour s'en assurer, il suffit de faire contracter les muscles de l'abdomen pendant qu'on tient la tumeur bien en main ; pour cela, on prie la malade couchée de faire un effort pour se relever pendant qu'un aide s'oppose à ce mouvement en mettant la main sur le thorax. Si la tumeur est intra-pariétale, on continue à la sentir ; si elle est intra-abdominale, les muscles rigides en séparent l'observateur et elle n'est plus perçue.

L'origine de ces tumeurs est encore discutée ; Gosselin, Huguier, Nélaton (1), qui avaient constaté le pédicule qui se dirige vers la crête iliaque, croyaient qu'elles proviennent exclusivement du périoste du bassin ; plus tard Guyon (1877), Nicaise (1878) (2), Terrillon et Damalix (3) admirent qu'elles peuvent prendre naissance à la fois aux dépens du périoste et des aponévroses ou enveloppe des muscles.

M. Tillaux montre, par la dissection des deux cas, qui ont servi de point de départ à sa leçon, que les tumeurs en question se développent dans l'épaisseur du muscle transverse et qu'il n'existe pas de pédicule vrai : « Vous savez, dit-il, que le muscle transverse irait s'insérer sur la crête iliaque par des fibres tendineuses très courtes ; vous savez, d'autre part, que le fibrôme est très rapproché de cette crête iliaque. Si donc vous tirez sur la tumeur de façon à la ramener vers la ligne médiane, vous exercerez indirectement une traction sur la crête iliaque, et la partie intermédiaire à l'os et au fibrome vous donnera la sensation d'un cordon dur,

(1) Bodin, thèse de Paris.

(2) Note sur les fibrômes aponévrotiques et périostiques. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie,* 1878.

(3) Thèse de Paris, 1886.

résistant, qui n'est autre que le pédicule. « Si ce pédicule était de nature fibreuse, nous le sentirions, quoique moins nettement, dans la mobilité verticale, et surtout nous aurions été obligés de le sectionner pour énucléer le fibrôme ; il n'en a rien été, puisqu'il nous a suffi de réséquer les fibres musculaires qui lui formaient comme une enveloppe partielle, pour voir la tumeur s'énucléer pour ainsi dire spontanément. »

La tumeur, née dans l'épaisseur du muscle transverse, peut se diriger vers la peau en dissociant l'aponévrose du grand oblique, et venir faire hernie au dessous du fascia transversalis (cas de la 1re malade) ou bien devenir profonde (cas de la 2e malade) en perforant le fascia transversalis et venir en contact avec le péritoine qu'elle finit par inflammer et avec lequel elle peut contracter des adhérences très résistantes ne permettant pas une opération radicale sans lésion du péritoine.

Le manuel opératoire préconisé par l'auteur peut se résumer ainsi :

1° Prendre les mêmes précautions que pour une ovariotomie, car on ne sait pas si on ne sera pas forcé d'inciser le péritoine ;

2° Inciser, suivant le grand axe de la tumeur, couche par couche, la peau, le tissu cellulaire, le fascia superficialis, l'aponévrose du grand oblique, le muscle petit oblique ;

3° Aborder la tumeur par son bord *interne* (le plus superficiel) et la faire basculer au-dehors.

4° Détacher peu à peu la face profonde de ses adhérences avec le fascia transversalis en rasant la tumeur pour ménager le péritoine. Si cette manœuvre est impossible, sectionner franchement le péritoine et le suturer.

5° Lavage et hémostase.

6° Suturer suivant deux plans pour éviter l'éventration : plan profond réunissant les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique (au catgut) ; plan superficiel cutané au crin de Florence.

7° Drainer la plaie à cause de l'impossibilité d'exercer une compression suffisante de la région.

II.— Doit-on continuer à pratiquer l'hystérectomie abdominale

pour traiter les fibromes utérins ? Je ne puis mieux faire que de laisser la parole à un chirurgien, Thomas Keith (d'Edimbourg) (1).

Après avoir rappelé qu'il est le seul à avoir donné la statistique intégrale de tous les cas d'hystérectomies abdominales qu'il a pratiquées jusqu'à ce jour, noté la fréquence de la manie aiguë à la suite de cette opération et montré la supériorité de la méthode intra-péritonéale, l'auteur dit :

« Je dois déclarer ici, de propos délibéré, que l'hystérectomie abdominale est une opération qui a fait plus de mal que de bien, et que sa mortalité est hors de toute proportion avec les bénéfices qu'en retirent un petit nombre de malades. Quelle est, en effet, la mortalité moyenne, pour tous les chirurgiens, de cette opération que l'on pratique maintenant si souvent et si inutilement ? Nous ne la connaîtrons jamais ; mais j'estime qu'elle est au moins de 25 pour 100, car elle doit être probablement beaucoup plus élevée. Si je me trompe, que mes contradicteurs me le prouvent en donnant comme moi leur statistique intégrale. Ainsi donc, une femme sur quatre, opérée d'hystérectomie, meurt du fait de l'ablation d'une tumeur qui, rarement, abrège par elle-même l'existence et qui a un processus actif limité ; aussi je déclare que nous n'avons pas le droit de faire courir à une malade un péril aussi grave, comme on le fait tous les jours, et il est triste de voir, dans la chirurgie abdominale, qu'on jette aujourd'hui par-dessus bord toute responsabilité. »

De ces prémisses, auxquelles on ne saurait trop rendre justice, l'auteur tire la conclusion qu'il faut abandonner l'hystérectomie ou la castration dans le traitement des fibrômes et recourir systématiquement à la méthode d'Apostoli qu'il a employée sur plus de cent malades avec le plus grand succès.

Loin de moi la pensée de diminuer le mérite du Dr Apostoli; par sa ténacité, par ses publications répétées, par ses lectures

(1) Statistique de l'hystérectomie abdominale ou supra-vaginale, avec remarque sur la valeur comparative de l'ancienne et de la nouvelle manière de traiter les tumeurs fibreuses de l'utérus. *British medical Journal,* 10 décembre 1887, et *Journal des Connaissances médicales* du 2 février, 1888.

aux divers congrès médicaux, notre confrère de Paris a forcé l'attention des chirurgiens et les a obligés à constater la supériorité du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus. Tous les jours, il fait de nouvelles conversions et Mundé (1) écrivait dernièrement :

« Les résultats du traitement galvanique des fibrômes, publiés par Apostoli, ont excité ma curiosité, et j'étais fort désireux, en passant à Paris, de voir de mes yeux ce mode de traitement. Bien que ce confrère passe, et il l'est certainement, pour fort enthousiaste du traitement des affections utérines par l'électricité, ce qu'il m'a montré a largement suffi pour me convaincre de l'immense valeur des courants galvaniques dans les tumeurs fibreuses. »

Mais, d'autre part, les hautes intensités (jusqu'à 200 milliampères) employées par le Dr Apostoli sont-elles sans danger ? le manuel opératoire qu'il préconise est-il exempt d'inconvénients ? enfin peut-on avoir les mêmes succès par une méthode plus sûre et moins dangereuse ?

M. le Dr Danion, qui fait de l'électricité une étude spéciale, insistait dernièrement sur les inconvénients des hautes intensités électriques en thérapeutique gynécologique, suivant la méthode inaugurée par M. Tripier et vulgarisée par M. Apostoli. Cet auteur a lui-même rapporté plusieurs cas de mort, attribuables, dit-il, à une faute dans le manuel opératoire, mais qui, en tout cas, pourraient survenir entre les mains de ceux qui appliqueraient son procédé. Je ne crois pas, quant à moi, que cette méthode soit inattaquable. Même en admettant qu'il faille un temps un peu plus long pour obtenir la guérison en employant des courants galvaniques peu intenses et en se contentant d'introduire les excitateurs dans le vagin ou dans la cavité utérine, je pense qu'on ne saurait éviter avec trop de précautions toutes les causes de pelvi-péritonite, de rupture de l'utérus, de conges-

(1) De l'Électricité en gynécologie, trad. franç. par le Dr P. Ménière. Paris 1883, p. 65, et *American Journal of Obstetrics and diseases of Women*, sept. 1886.

tion de la moelle, etc., etc. Or, cette méthode suffisamment active et exempte de tout danger existe depuis une dizaine d'années; elle est connue sous le nom de traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par les intermittences rythmées du courant continu, a été employée tant à la clinique gynécologique, que dans la clientèle, à un grand nombre de malades, avec un succès constant et sans déterminer jamais le plus léger accident, c'est celle que j'ai rappelée dans une de mes précédentes Revues, et que l'on doit à M. le Dr Chéron (1). On commence à ne plus traiter d'illusions thérapeutiques les résultats que mon savant maître a été le premier à proclamer et il est juste qu'ayant été à la peine, il soit aussi à l'honneur. J. B.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr Chéron.

De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

SEPTIÈME LEÇON (*Suite.*)

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE CERVICALE.

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service.

Sommaire (suite). — Nécessité de rendre au canal cervical et à l'orifice externe leur calibre normal. Opinion de Gaillard Thomas. Explication basée sur la connaissance de la physiologie du canal cervical : on empêche la rétention des produits de sécrétion et on s'oppose à l'éveil des réflexes locaux et des réflexes éloignés. Procédé de Gaillard Thomas. Dilatation douce et progressive: 1° à l'aide des dilatateurs métalliques; 2° au moyen de la filière; 3° par des moyens qui font à la fois dilatation et médication topique : éponges iodoformées et, mieux, passage d'une série de sondes de Playfair de plus en plus grosses chargées d'ouate imbibée de résorcine.

Applications topiques liquides ; divers procédés qu'on peut mettre en usage. Toujours nettoyer le canal cervical avant leur emploi. Acide phénique, acide picrique, teinture d'iode, salicylate de soude, perchlorure de fer et résorcine, tels sont les meilleurs. Le nitrate d'argent peut produire des

(1) Jules Chéron. Du traitement des tumeurs fibreuses par les intermittences rythmées du courant continu. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1879 et 1880.

accidents, le nitrate acide de mercure et l'acide chromique sont douloureux ; l'acide nitrique fumant demande des précautions diverses sans atteindre toujours le but qu'on se propose.

Applications topiques solides : les crayons de sulfate de zinc et les crayons iodoformés peuvent rendre des services, mais sont contre-indiqués lorsque l'excitation du canal cervical éveille des réflexes sérieux. Dangers du crayon de nitrate d'argent suivant la méthode de Courty. Il faut rejeter aussi les crayons de sulfate de cuivre et d'alun qui ne fondent pas assez rapidement.

Lorsque ces moyens ont été employés avec persévérance et sans succès, il ne faut pas hésiter à recourir à l'ablation des tissus malades :

1° Gaillard Thomas a proposé le raclage profond de toute la muqueuse du canal cervical ; c'est une méthode douloureuse et parfois difficile.

2° L'excision de la muqueuse par le procédé de Schrœder est rationnelle, mais ne peut être pratiquée que par un chirurgien exercé, la suture des lambeaux étant parfois très difficile lorsque le col est court et large, ainsi que cela s'observe souvent.

3° Procédé de l'auteur : destruction de la muqueuse par la galvano-caustique thermique : instruments nécessaires, précautions à prendre avant et après l'opération ; contre-indications ; incisions antérieures et postérieures et débridement bi-latéral ; manuel opératoire.

Pour éviter les récidives, on devra continuer le traitement général, le traitement spinal et, comme traitement local, recourir aux irrigations vaginales prolongées.

Avant de recourir à la médication intra-cervicale, il est nécessaire de *rendre au canal cervical et à son orifice externe leur calibre normal.* « Il est à remarquer, dit Gaillard Thomas (1), que l'endométrite cervicale est beaucoup plus difficile à guérir lorsque l'orifice est contracté que lorsqu'il est dilaté. La dilatation exerce toujours une influence marquée sur le traitement. Il est donc nécessaire de dilater l'orifice cervical avant d'avoir recours à d'autres mesures plus énergiques. Si cette précaution est négligée et que le médecin se contente d'introduire deux ou trois fois par semaine, dans le canal cervical, du nitrate d'argent, de l'iode, de l'alun, etc., aucun résultat ne peut être obtenu. On s'apercevra, après des mois et même des années, que les moyens employés ont été insuffisants ou que les procédés énergiques n'ont eu d'autre résultat que d'augmenter la contraction de l'o-

(1) Gaillard Thomas, loc. cit., p. 225.

rifice et de rendre les règles difficiles et douloureuses. » J'ai tenu à vous citer ces paroles si justes, Messieurs, parce que toute une école gynécologique, je parle de l'école allemande, se refuse à admettre l'utilité de la dilatation du canal cervical (comme moyen de traitement et non comme moyen de diagnostic, bien entendu) ! Pour moi, j'ai recours à la dilatation dans l'endométrite, non seulement parce qu'elle s'oppose à la rétention des produits de sécrétion et empêche ainsi la macération de la muqueuse, mais encore et surtout parce que le canal cervical représente par excellence la zone réflexogène de l'utérus, et qu'en séparant ses parois on supprime une des causes les plus puissantes des réflexes de voisinage et des réflexes éloignés. Gaillard Thomas, ayant surtout pour but d'éviter la rétention des sécrétions et de rendre le canal accessible aux topiques, fait avec les ciseaux, de chaque côté du col, une incision de 1 centim., touche la surface avivée avec le crayon de nitrate d'argent et met ensuite un petit tampon de charpie ou de coton dans la cavité du col pour empêcher la réunion. Ce procédé n'est pas dangereux, mais la sténose se réproduit presque fatalement au bout d'un temps assez court ; aussi je lui préfère la dilatation douce et progressive lorsque la sténose est dilatable et le débridement au galvano-cautère lorsqu'elle est très marquée. Je vous parlerai de cette dernière opération dans une autre leçon.

Dans l'endométrite cervicale, c'est à la dilatation douce et progressive que l'on doit recourir. Vous pouvez la faire avec les dilatations métalliques en commençant par un dilatateur de petit volume comme celui de M. Pajot et en continuant par mon dilatateur à double courbure que je vous présente ici.

Cet instrument a l'avantage de pouvoir être introduit facilement jusqu'au-delà de l'isthme, sans retirer le spéculum, ce qui est dû à la courbure que je lui ai donnée; d'un autre côté, la force qui écarte les deux branches est graduellement accrue, sans secousses, grâce à la tige placée dans l'un des manches et manœuvrée par une vis de rappel qui permet d'écarter peu à peu le ressort à boudin du point de croisement des branches. Je dois

dire que ce dilatateur n'est qu'une modification du dilatateur élastique de M. Hamon, instrument reposant sur d'excellents principes et à qui il ne manquait, pour être parfait, que les deux conditions dont je viens de vous parler.

Je ne vous parlerai pas des autres dilatateurs à branches, ceux que je viens de vous citer suffisant toujours dans le cas qui nous occupe.

La dilatation peut être faite aussi avec la filière de Hégar que vous connaissez et qui consiste en une série de bougies en caoutchouc durci, munies d'une poignée, ayant la courbure utérine et graduées par 1/2 millimètre jusqu'à la plus grosse qui a 22 millimètres de diamètre. Hégar fait chloroformer la malade (après irrigation vaginale et utérine antiseptique, les bougies ayant été plongées pendant 1/4 d'heure dans une solution phéniquée), la fait placer dans la position latérale gauche, saisit la lèvre antérieure du col et l'abaisse légèrement avec une pince de Museux ou un ténaculum et introduit des dilatateurs de plus en plus gros en commençant par les plus faibles. Ce procédé, excellent comme 1er temps d'une opération intra-utérine, n'est pas applicable dans l'endométrite cervicale ; aussi j'ai dû modifier les bougies de Hégar, les diminuer de longueur et remplacer leur poignée par un manche flexible en cuivre rouge ou en étain. Grâce à la flexibilité du manche, la dilatation peut être pratiquée en plaçant les malades dans la position ordinaire de l'examen au spéculum, beaucoup moins fatigante pour elles et plus commode pour le gynécologiste. N'ayant pas à rechercher les dilatations extrêmes, je n'ai pas besoin de chloroformer les malades ; en outre, il y a souvent avantage à faire alterner, dans une même séance, l'emploi des dilatateurs métalliques à branches et celui des bougies graduées.

Une troisième méthode, qu'on tend actuellement à préférer à toutes les autres, consiste dans l'emploi des moyens qui font à la fois dilatation et médication topique.

C'est ainsi que l'éponge iodoformée présente le double avantage de donner une dilatation énergique et de déposer dans tous

les replis de l'arbre de vie une substance antiseptique, analgésique et modificatrice de la muqueuse. On utilise de la même façon les tentes de laminaire, de tupélo, etc. Mais dans ce cas, Messieurs, vous devez préparer vos tentes vous-mêmes; pour être certains de leur innocuité, vous êtes obligés de condamner les malades au repos absolu, au lit, pendant plusieurs jours; et malgré toutes les précautions que vous prendrez, vous aurez souvent à combattre des tranchées utérines très pénibles. C'est pourquoi j'ai imaginé dernièrement un procédé de dilatation extemporanée, facile à employer dans le cabinet du gynécologiste et n'obligeant pas les malades à garder le lit. Vous garnissez d'ouate hydrophile et antiseptique 5 à 6 porte-topiques de Playfair (instrument que je vous décrirai tout à l'heure), en donnant une forme conique à l'ouate que vous serrez fortement sur l'âme de cuivre de l'instrument, en vous arrangeant de façon que chaque cône d'ouate dépasse celui qui le précède de deux ou trois numéros de la filière Charrière.

Vous donnez à la tige de ces Playfair la courbure exacte du canal cervical, déterminée au préalable à l'aide d'un hystéromètre à tige d'étain. Vous plongez les cones d'ouate dans une solution de résorcine à 150 pour 100; la résorcine les rendant onctueux, cinq à six cônes dilatateurs et même un plus grand nombre peuvent être introduits successivement sans violence et sans résistance notable. Vous comprenez les avantages de ce procédé que j'ai longuement exposé dans le numéro d'août de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.*

La troisième indication que le traitement local peut remplir est la *modification directe des tissus malades*; dans ce but, on a recours soit à des applications liquides topiques, soit à des applications solides qui, pour être efficaces, doivent toujours être précédées du nettoyage du canal cervical. Vous comprenez, en effet, qu'il serait illusoire de compter que la substance modificatrice pourra pénétrer dans tous les plis et replis de la muqueuse lorsque ceux-ci sont déjà comblés par le mucus glaireux si tenace que vous connaissez. Un grand nombre de moyens ont été pro-

posés dans ce but : le plus simple est l'emploi du coton hydrophile monté sur un hystéromètre, un petit bâtonnet de bois et mieux encore sur un applicateur de Playfair. Cet instrument dont je vous faisais tout à l'heure l'éloge, se compose d'un manche de 15 à 20 centimètres de longueur sur lequel se monte à vis, une tige en cuivre rouge très flexible, d'une longueur de huit centimètres environ et légèrement renflée à son extrémité.

On peut aussi, comme Gaillard-Thomas, aspirer les sécrétions du canal cervical avec les seringues qui servaient autrefois à faire les injections intra-utérines agissant comme seringues aspiratrices. Longtemps, j'ai associé au nettoyage avec le coton hydrophile, l'injection, dans la cavité du col, d'une dizaine de grammes de solution saturée d'acide picrique. Plus sûrement encore on réalise le nettoyage parfait par un lavage intra-utérin de 1/2 litre à 1 litre de liquide antiseptique à 40°, continué jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument limpide. Vous savez comment nous pratiquons ces lavages dans l'endométrite cervico-utérine, où ils rendent de si grands services ; je n'ai pas le temps d'y revenir aujourd'hui.

Le nettoyage achevé, vous avez à faire le pansement intra-cervical. Si vous vous servez des topiques liquides, le procédé le plus commode est encore de vous servir de l'ouate antiseptique imbibée du liquide choisi et portée sur un applicateur de Playfair. A mon avis, les meilleurs topiques liquides sont l'acide phénique (à 5 %), l'acide picrique (en solution saturée), la teinture d'iode, le salicylate de soude (2 %), la solution normale de perchlorure de fer et la résorcine dont je vous ai déjà parlé. Je n'emploie guère les solutions de nitrate d'argent qui agissent trop superficiellement et donnent parfois lieu à des sténoses ou à des inflammations péri-utérines ; j'ai renoncé à l'acide chromique et au nitrate acide de mercure, dont quelques auteurs ont fait de grands éloges, car ils sont toujours très douloureux, et je n'ai pas constaté que leur efficacité fût supérieure à celle des liquides précédents. Quant à l'acide nitrique fumant, il doit être

manié avec prudence pour ne pas produire des brûlures très pénibles du col et du vagin et, s'il est trop énergique lorsque les lésions sont encore peu profondes, je ne crois pas qu'il soit suffisant pour détruire complètement la muqueuse lorsque cette indication s'impose par l'ancienneté et la gravité de l'endométrite cervicale.

Les applications de *topiques solides* se font à l'aide d'un grand nombre de procédés : hystéromètres porte-caustiques, porte-pommade de Barnes, pistolet utérin de Martin, etc., etc. Tous ces moyens tendent à être délaissés maintenant pour les *crayons* intra-utérins ; aussi, pressé par le temps, ne vous parlerai-je que de ces derniers.

Avant tout, Messieurs, je tiens à vous déconseiller absolument l'usage du crayon de nitrate d'argent appliqué dans la cavité du col ; si vous vous contentez de le promener à la surface de la muqueuse, les résultats sont à peu près nuls ; si, au contraire, vous le laissez à demeure, suivant la méthode de Courty, vous éveillez souvent des douleurs très pénibles, et plus fréquemment qu'on ne croit, vous déterminez des cellulites et des péritonites pelviennes, ou bien, comme chez une malade que je vous montrais dernièrement, vous amenez une véritable atrésie de tout le canal cervical. Aussi, pour ma part, je ne me sers jamais du crayon de nitrate d'argent dans l'endométrite.

Tous les crayons un peu durs, qui ne fondent pas rapidement, comme les crayons de sulfate de cuivre et d'alun, sont d'un usage difficile par les douleurs qu'ils provoquent ; plus d'une fois j'ai dû retirer du col de semblables crayons parce qu'ils déterminaient des coliques atroces, des nausées très pénibles et même des vomissements ou, chez d'autres malades, de véritables accès migraineux.

Ces accidents ne surviennent que rarement avec les crayons de sulfate de zinc et les crayons iodoformés, lorsqu'ils sont bien fabriqués ; c'est pourquoi vous me voyez me restreindre à peu près exclusivement à ces deux espèces de crayons, les premiers indiqués dans l'endométrite simple, et les seconds, dans l'endo-

métrite blennorrhagique ; et encore, ai-je soin de n'employer cette médication que chez les malades à réflexes peu accusés et dans les phases torpides de l'inflammation utérine.

C'est, du reste, une remarque importante que je tiens à vous faire avant d'aller plus loin : toute application topique intra-utérine ou même intra-cervicale doit être formellement proscrite dans les états aigus ou sub aigus de l'utérus, des tissus péri-utérins ou des annexes. Oublier ce précepte, ce serait transformer des moyens utiles, lorsqu'ils sont employés opportunément, en pratiques dangereuses toujours, et plus d'une fois meurtrières.

Lorsque l'endométrite cervicale n'est pas très ancienne et lorsque la malade peut suivre complètement l'hygiène et les prescriptions médicales que je vous ai indiquées, lorsqu'elle peut se soumettre régulièrement au traitement local par les injections, les pansements, les scarifications, la dilatation et les applications de topiques modificateurs, la guérison complète sans opération est souvent obtenue, au bout d'un temps plus ou moins long, il est vrai.

Mais lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, et lorsque vous constatez que les moyens de douceur employés avec persévérance ne font que soulager la malade sans faire rétrocéder les lésions locales, vous ne devez pas hésiter à conseiller l'*ablation des tissus altérés*, sachant d'ailleurs que guérir l'endométrite cervicale, c'est s'opposer au développement de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical dont elle n'est que le premier terme. Vous pouvez, dans ce but, recourir à plusieurs procédés que je vais maintenant vous exposer.

Gaillard-Thomas a proposé le *raclage profond de toute la muqueuse du canal cervical.* Si vous choisissez cette méthode, voici ce que je vous conseille : Chloroformez votre malade, car l'opération est toujours très douloureuse ; dilatez fortement le canal cervical, isthme compris, par l'association de la filière et des dilatateurs à branches ; ayez recours à une curette tranchante de Simon et enlevez toute la muqueuse en avant, en arrière et sur les côtés, depuis l'orifice interne jusqu'à l'orifice externe ; ra-

clez sans violence, mais avec une certaine force (c'est là le vice de la méthode), car la muqueuse envoie des prolongements dans le tissu musculaire et tient ferme dans les cas anciens ; faites ensuite un lavage picriqué, appliquez un tampon glycéro-boriqué sur le col et obligez la malade au repos absolu, au lit, pendant 4 à 5 jours et prenez les précautions habituelles après les opérations gynécologiques. Quant aux résultats, je me contenterai de l'appréciation de l'auteur du procédé : « Il est quelquefois utile de répéter l'opération au bout de deux ou trois semaines, dit-il ; il est rarement nécessaire de la pratiquer une troisième fois. »

Pour moi, je n'aime pas beaucoup cette méthode, parce qu'elle nécessite l'emploi du chloroforme et surtout parce qu'elle n'est radicale qu'à la condition d'être un peu violente, comme je vous le disais il y a un instant.

L'excision de la muqueuse par le procédé de Schrœder est une méthode rationnelle ; je me réserve de vous en parler plus longuement pour le traitement chirurgical des ectropions auxquels elle s'adresse tout aussi bien qu'à l'endométrite, à la période que nous étudions. Ce que je puis vous dire tout de suite, c'est qu'il s'agit ici d'une opération qui ne peut être pratiquée que par un chirurgien exercé, la suture des lambeaux étant parfois très difficile lorsque le col est court et large, ainsi que cela s'observe souvent.

Un procédé, d'une application plus facile, est la *destruction de la muqueuse par la galvano-caustie thermique* avec l'instrumentation que j'ai créée dans ce but.

Pour pratiquer cette opération, on place la malade dans la position de l'examen au spéculum, les ischions tangents aux bords de la table d'opération, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, les membres inférieurs étant soutenus par deux aides et les pieds étant appuyés sur les barreaux supérieurs de deux chaises disposées à cet effet. Une toile cirée est glissée sous le siège de la malade et tombe, repliée en gouttière, dans un seau de toilette ou un récipient quelconque. Le chirurgien a, à portée de sa main, une canule à injection en rapport avec un appareil d'irrigation rempli d'eau froide phéniquée. Un aide est chargé de faire fonctionner

l'accumulateur et de passer les instruments ; un second aide prépare des boulettes de coton hydrophile qu'il passe à mesure des besoins.

L'opérateur, assis en face de la malade, met le col à nu à l'aide d'un spéculum à grand écartement comme mon spéculum à crémaillère et à valves inégales. Le plus souvent, l'anesthésie locale est suffisante ; pour l'obtenir, après avoir essuyé le col et nettoyé le canal cervical avec du coton antiseptique, après avoir fait une irrigation vaginale, je porte, dans la cavité du col, une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 %, à l'aide du porte-topique de Playfair. Pendant que l'anesthésie se produit, je transforme mon spéculum en spéculum plein, en plaçant, entre ses valves, une carte de visite roulée en cylindre.

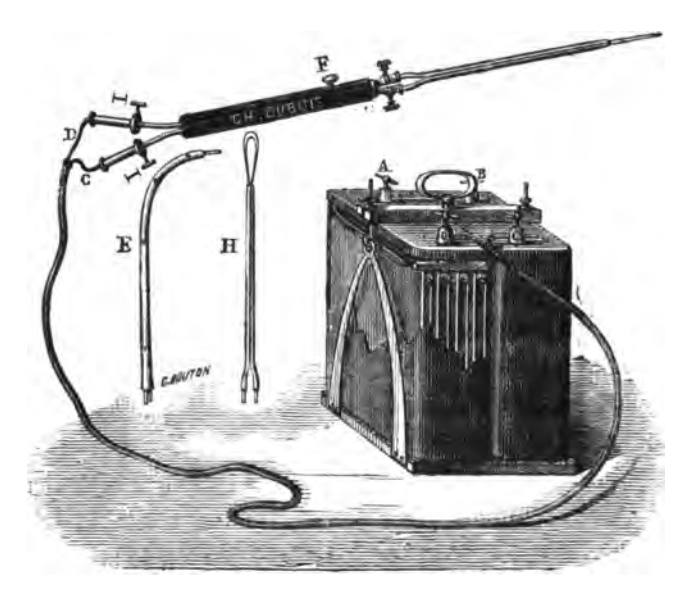
Au bout de 4 à 5 minutes, l'anesthésie est obtenue ; alors j'assèche le canal cervical avec du coton hydrophile et je puis commencer l'opération.

Celle-ci consiste à faire des incisions galvano-thermiques portant en longueur de l'orifice interne à l'orifice externe, d'une profondeur variable suivant l'épaisseur de la muqueuse altérée ; incisions qui doivent être réparties en séries longitudinales sur toute la surface de la cavité du col : face antérieure, face postérieure et bords latéraux. Dans le cas de sténose, les incisions latérales doivent être assez profondes pour constituer un véritable débridement : nous verrons cette opération plus loin ; ici, je suppose qu'il n'y a pas de sténose marquée, et nous nous proposons seulement de détruire la muqueuse ; il suffit pour cela que nos incisions soient assez rapprochées les unes des autres pour que les bandes longitudinales laissées entre elles soient englobées dans l'eschare qui résulte de toutes ces incisions ignées.

Un cautère spécial est nécessaire pour la face antérieure, un autre pour la face postérieure, enfin un pour le bord latéral gauche, un autre pour le bord latéral droit. Tous ces cautères, que je vous fais passer, se montent sur le manche du galvano-cautère et sont rougis par une paire d'accumulateurs à oxydes de plomb. Pour éviter toutes les secousses et donner plus de précision à l'opération, j'ai supprimé le commutateur sur le manche et je

charge un aide d'établir le passage du courant, à mon ordre, par la manœuvre d'une manette placée sur l'accumulateur lui-même.

Les cautères ont tous la courbure normale de l'utérus ; ils ne diffèrent les uns des autres, comme vous pouvez le voir, que par le point où est placée la demi-anse de platine : en avant, pour l'inciseur antérieur ; en arrière, pour le postérieur ; latéralement à droite et à gauche, pour les inciseurs droit et gauche.



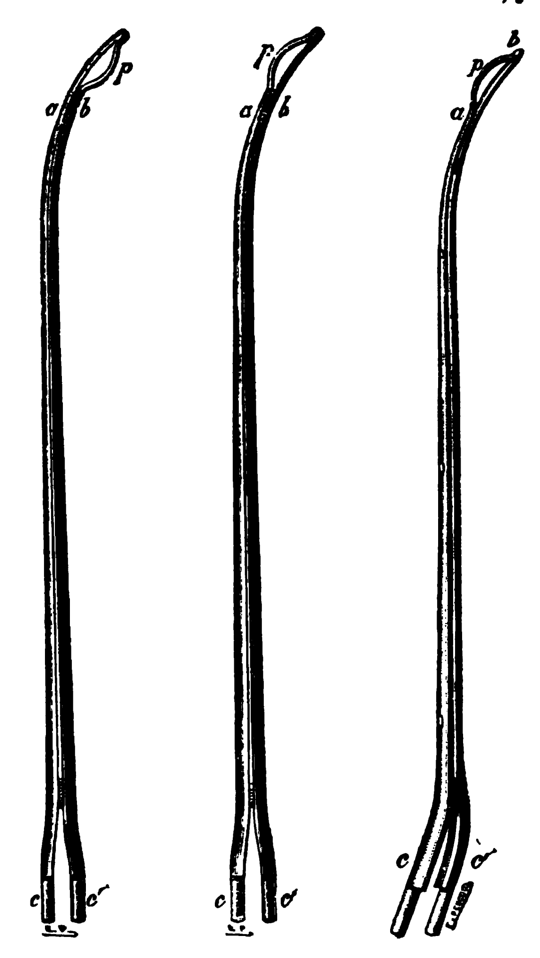
(A) Accumulateur à galvano-cautère. (C, D) Inciseurs galvaniques antérieur et postérieur (E) inciseur latéral du Dr Chéron.

Maintenant, vous pouvez suivre les phases de l'opération :

Je commence par la face antérieure, sur laquelle je fais cinq à six incisions de la longueur et de la profondeur que je vous ai indiquées ; pour cela, l'inciseur antérieur est porté à froid jusqu'au delà de l'orifice interne ; à ce moment, l'aide fait passer le courant et le fil de platine rougit ; je ramène alors lentement l'instrument d'arrière en avant jusqu'à sortir par l'orifice externe sur lequel l'incision se prolonge. Le circuit est alors ouvert et je re-

tire le cautère du spéculum pour faire une irrigation d'eau phéniquée. Lorsque celle-ci est terminée, j'enlève aussi complètement que possible tout le liquide resté dans le spéculum avec des boulettes de coton hydrophile.

Lorsque les incisions antérieures sont terminées, je fais les in-



cisions postérieures, puis les incisions latérales de la même façon.

Je badigeonne le col d'eau picriquée, j'applique un pansement glycéro-boriqué et la malade est portée dans son lit.

Les soins immédiats sont : le repos au lit pendant 4 à 5 jours ; de la glace en permanence sur le ventre. Les pansements sont

renouvelés tous les jours jusqu'à la chute de l'eschare. La malade prend une potion sédative contenant 4 grammes de bromure de potassium et 1 gr. de teinture d'aconit et deux cachets par jour de 0,10 centigrammes de chlorhydrate de quinine.

Grâce à ces précautions, il n'y a ni fièvre, ni réaction inflammatoire, ni insomnie.

Quant au traitement consécutif, Messieurs, je ne saurais trop y insister, car c'est de lui que dépend le succès définitif de l'intervention chirurgicale. Il comprend deux indications capitales :

1° Combattre l'état général qui a favorisé le développement de l'endométrite cervicale ;

2° Empêcher toute réaction inflammatoire, s'opposer à toutes les causes qui peuvent congestionner l'appareil utéro-ovarien.

Le traitement général et antidiathésique, sur lequel j'ai déjà attiré votre attention, remplit la première indication.

Pour la seconde, il est un moyen qui a surpassé toutes mes espérances et qui s'est réellement montré d'une merveilleuse efficacité ; ce sont les irrigations vaginales d'eau chaude (45° à 48°) prolongées pendant une à deux heures par jour et pratiquées tous les jours pendant un à deux mois, suivant les conditions spéciales (générales et locales) de l'opérée.

Les appareils ingénieux d'Audouin et de Dubois sont les meilleurs à recommander pour ces injections prolongées ; je n'ai malheureusement pas le temps de vous les décrire aujourd'hui.

Quelque pénible que puisse sembler ce mode de traitement, je puis vous assurer, Messieurs, qu'il est assez facilement accepté des malades qui se rendent compte au bout de peu de temps du bien-être qu'il leur procure et auxquelles on peut certifier qu'il dépend de leur bonne volonté d'être définitivement guéries d'une affection aussi tenace, aussi ennuyeuse que l'endométrite cervicale, aussi grave parfois dans ses conséquences éloignées et dont elles souffraient depuis de si longues années.

(*A suivre.*)

URÉTHROCÈLES VAGINALES

Par le Dr F. Piedpremier.

(Suite).

—

Symptomatologie. — A. *Symptômes physiques.* — Les urines gardent rarement leur aspect ordinaire. Elles sont louches, épaisses, laissent déposer du mucus, des leucocytes, des globules rouges, tachent en jaune la chemise, de telle sorte que la malade prend souvent pour de la leucorrhée l'écoulement uréthral. Cette urine est très irritante ; aussi la vulve et la face interne des cuisses sont-elles rouges et parfois excoriées.

Peu à peu la malade, éprouvant du côté de la vulve une sensation de tension et de pesanteur, se rend compte de la présence d'une tumeur qui, suivant les cas et la période de l'affection, peut rester confinée à l'entrée du vagin ou venir faire saillie à l'orifice vulvaire, et qui subit des alternatives de réplétion et de déplétion, de telle sorte qu'à certains moments, surtout au début, elle peut disparaître presque complètement.

C'est alors qu'effrayée par la présence de la tumeur et quelquefois en proie aux crises douloureuses que nous étudierons plus loin, la patiente vient réclamer les secours de l'art.

Voici ce que trouve le chirurgien :

Le toucher vaginal fait constater immédiatement en arrière du méat ou rarement un peu plus profondément, mais toujours sur le trajet de la moitié antérieure de l'urèthre, la présence d'une tumeur dont le volume varie de la grosseur d'une noisette à celle d'un demi-œuf de poule. « Cette tumeur est arrondie, rénitente, fluctuante, recouverte par la muqueuse vaginale saine, adhérente à sa partie profonde, irréductible par la pression, légèrement sensible et parfois même douloureuse au toucher.

« Une sonde de femme introduite par le méat parcourt toute

la longueur de l'urèthre et pénètre dans la vessie sans rencontrer d'obstacle.

« Avec un doigt introduit dans le vagin on sent la sonde en place dans l'urèthre, excepté dans la moitié antérieure du canal, où la présence de la tumeur empêche de percevoir l'instrument.

« Si cependant, au lieu d'une sonde ordinaire, en se sert d'une sonde cannelée légèrement recourbée, et si on l'introduit dans l'urèthre, la concavité regardant en bas, de manière à explorer minutieusement la paroi inférieure du canal avec le bec de l'instrument, on parvient, non sans quelque difficulté, à le faire pénétrer dans l'intérieur de la tumeur. Il suffit de comprimer celle-ci pour en vider le contenu dans l'urèthre et l'on voit alors sortir par le méat une notable quantité de liquide composé d'urine et de muco-pus. A mesure que celui-ci s'écoule la tumeur s'affaisse et disparaît presque complètement (Duplay). »

Nous avons tenu à reproduire ici ces lignes empruntées à une observation qui figure à la fin de notre thèse, car, bien qu'étant l'expression d'un cas particulier, elles peuvent s'appliquer à presque tous les autres. Notons, cependant, que l'orifice de communication de la poche avec l'urèthre peut être assez large pour que, en dehors du cathétérisme intra-sacculaire, la simple pression digitale de la tumeur puisse expulser son contenu par le méat.

Si, après avoir pratiqué le toucher et le cathétérisme, le chirurgien applique la valve de Sims pour abaisser la commissure postérieure de la vulve, ou mieux deux valves écartant les parois latérales du vagin, il peut constater l'aspect de la tumeur. Outre sa forme arrondie, ou ovoïde à grand diamètre antéro-postérieur, il voit que cette tumeur rosée-violacée, quelquefois présente des rides transversales dues à la muqueuse vaginale ordinairement saine.

Lorsque la tumeur fait saillie à l'extérieur, son examen est encore plus facile.

Enfin Newman, conseille d'appliquer un tube endoscopique allant de l'orifice à la base de l'uréthrocèle. Ce procédé permet de constater l'état inflammatoire de la paroi sacculaire. Nous reviendrons sur ce point au chapitre anatomo-pathologique.

B. *Symptômes fonctionnels.* — On peut diviser ces symptômes en deux catégories, suivant qu'ils ont trait à l'appareil génito-urinaire ou aux autres appareils.

I. — Les troubles de la miction sont les plus constants. La malade éprouve fréquemment le besoin d'uriner, ce qui l'oblige à se lever deux, trois et même huit fois par nuit. Chaque fois elle urine avec peine, émettant un jet saccadé, et elle sent qu'elle vide incomplètement sa vessie. En même temps elle éprouve du coté de l'urèthre un sentiment de cuisson qui peut aller jusqu'à la douleur et déterminer des crises affectant la forme de véritables névroses. D'autres fois il y a ténesme vésical et, à chaque miction, la malade émet péniblement une petite quantité du liquide trouble ou même purulent dont nous avons parlé plus haut.

Cette fréquence insolite des mictions peut alterner avec de la rétention et de l'incontinence d'urine.

La rétention est assez rare et passagère, tandis que l'incontinence est fréquente, et persiste parfois avec une opiniâtreté désespérante, produisant l'érythème des cuisses et de la vulve. La malade alors ne peut faire un pas, sauter, danser, sans se sentir mouillée par l'urine qui s'échappe sans qu'elle en ait conscience. La malade de Gillette (Obs. VI) « était tellement tourmentée par cette infirmité qu'elle en perdait le manger et le boire. Craignant à chaque instant de se sentir trempée, elle en était arrivée à se priver de boisson, même pendant le repas ».

Le coït est géné par la présence de l'uréthrocèle. D'une part, en effet, le volume de la tumeur peut être un obstacle à l'intromission pénienne ; d'autre part, pendant l'accomplissement de l'acte conjugal, la poche uréthrale comprimée déverse son contenu, et la malade est souillée par le pus et par l'urine. Enfin, dans les cas d'hyperesthésie de la tumeur, le coït peut être la cause de douleurs excessivement intenses.

II. — *Troubles nerveux.* — Si les phénomènes douloureux éprouvés par les femmes atteintes d'uréthrocèle se bornaient à de l'hyperesthésie légère et transitoire, nous n'ajouterions rien à la

mention que nous avons déjà faite de la douleur. Malheureusement il n'en est pas ainsi :

La malade de Priestley (Obs. IV) « souffrait au point de ne pouvoir dormir. Elle ne pouvait s'asseoir tant la douleur devenait grande. »

Mais laissons la parole au professeur Duplay.

La malade qui fait l'objet de l'observation X éprouvait, à intervalles irréguliers, des crises d'une intensité épouvantable. « Le début en est brusque, souvent causé par un refroidissement et survient au moment où la malade veut satisfaire le besoin d'uriner. Elle est prise alors de douleurs extrêmement vives au niveau de la tumeur, douleurs irradiant dans les reins et s'accompagnant d'efforts pour uriner qui aboutissent à l'émission d'une petite quantité d'urine qui s'échappe par intervalles.

« En même temps, la tumeur devient très dure et très tendue. — Pendant la durée de la crise, la malade est agitée, pousse des cris ; la face se congestionne et se couvre de sueur. Enfin, l'accès se termine brusquement par l'émission d'une grande quantité d'urine. Il dure environ trois ou quatre heures, et dès qu'il est passé la malade peut reprendre ses occupations ».

Fort heureusement le tableau n'est pas toujours aussi sombre, mais il n'en est pas moins vrai que nombre de malades sont plongées dans un abattement considérable par une maladie qui parfois les prive de sommeil, et les rend un objet de dégoût pour elles-mêmes et pour leur mari.

III. — Les appareils autres que l'appareil génito-urinaire et que le système nerveux sont moins maltraités par l'uréthrocèle.

Notons cependant un peu d'anémie due à l'insommie, à la douleur et à l'abattement, les troubles apportés par l'incontinence d'urine à la locomotion et enfin quelques troubles digestifs, anorexie, etc. (Nous verrons plus loin que Newman fait de ces troubles digestifs la cause et non l'effet de certaines uréthrocèles.)

Quant à la fièvre, tout au plus existe-t-elle au moment des paroxysmes douloureux.

Formes frustes et compliquées. — Est-il besoin de dire que nous avons tracé le tableau de l'uréthrocèle simple et typique, el qu'on ne le rencontre pas toujours dans la pratique.

Les symptômes que nous venons d'énumérer se groupent de diverses façons. Certains d'entre eux peuvent manquer, et même, lorsque tous se trouvent réunis, leur intensité peut être tellement variable que la même affection sera une maladie insupportable ou simplement une infirmité très légère.

Il va de soi que les diverses affections concomitantes qui viendront faire de l'uréthrocèle simple, une uréthrocèle compliquée (calculs, cystite, rétrécissements de l'urèthre, métrite, prolapsus utérin, hypertrophie du col, etc.), modifieront l'aspect de la maladie en y ajoutant leurs symptômes propres.

L'étude des complications que nous ferons dans un instant, nous dispense, pour le moment, de plus longs détails.

Marche. — Habituellement lente, la marche de l'uréthrocèle est plutôt progressive que régressive. A notre connaissance, l'uréthrocèle n'a rétrocédé qu'une seule fois dans un cas léger (Chéron), après ablation du corps étranger cause de la dilatation.

Newman prétend, toutefois, que cette maladie rétrocède « par involution » chez les femmes en couches. Nous nous bornerons à mentionner cette opinion en faisant remarquer qu'elle n'est pas conforme au plus grand nombre des faits que nous possédons.

Complications. — Nous désignerons ainsi, non pas les affections pouvant coexister avec l'uréthrocèle et reconnaissant une origine quelconque, mais seulement les maladies ou les accidents dérivant de la dilatation et de la hernie uréthrales.

Ces complications sont : le développement de calculs dans la poche, la cystite, la fistule uréthro-vaginale, la hernie de la muqueuse du vagin, la cystocèle, le prolapsus de l'utérus et même la rectocèle.

1. — Dans certains cas (obs. XV), on trouve dans la poche uréthrale, des calculs chez des malades qui ne sont pas atteintes

de la diathèse urique. On ne peut dire alors que le calcul a été chassé de la vessie, il faut admettre qu'il s'est formé sur place.

Il n'y a pas là, d'ailleurs, de quoi s'étonner quand on se rend compte du mode de formation spontanée des calculs.

« Dans les calculs formés spontanément, la stagnation de l'urine est une cause de la formation du noyau. Toutes les fois que l'urine devient alcaline, des sédiments de phosphates se précipitent, la fermentation, qui s'établit alors, faisant rapidement avec l'urée du carbonate d'ammoniaque, ne tarde pas à rendre toute la masse du liquide alcaline. Le phosphate de chaux, qui n'est soluble que dans une urine acide ou neutre, se précipite : ainsi se forment les calculs de phosphate de chaux. » (A. Ollivier) (1).

Or, la stagnation de l'urine se rencontre à un haut degré dans ces poches qui ne communiquent avec l'urèthre que par un étroit orifice. Nous trouvons donc là un excellent terrain de développement pour les calculs.

II. — La cystite est une complication encore fréquente. Cela ne surprendra personne si l'on veut bien se rappeler son extrême fréquence dans les maladies chroniques de l'urèthre chez l'homme.

III. — La fistule uréthro-vaginale n'a pas encore été observée comme complication. Mais que pour une cause quelconque l'orifice de communication de la poche et du canal se trouve obturé, et que la sécrétion purulente continue à se produire, le pus cherchera et trouvera une issue du côté du vagin : la fistule sera créée.

IV. — Quant aux autres complications, leur mécanisme est fort bien mis en lumière par Newman.

L'uréthrocèle, dans sa descente, entraîne la paroi correspondante du vagin. Si la muqueuse de cet organe est relâchée, elle vient faire saillie au dehors. De cet état de choses naît le prolapsus vésical, à cause de la connexion intime de la paroi antérieure du vagin avec la vessie.

(1) Art. Calculs. Dict. Jaccoud, t. VI.

De plus, comme le vagin constitue un support de l'utérus, si les parois vaginales se relâchent et font hernie, la matrice perdant un point d'appui, est déplacée et entraînée en bas ; puis progressivement, nous aurons une rétroversion, un prolapsus et même une procidence de l'utérus.

Enfin la matrice, dans sa chute, peut engendrer une rectocèle.

Pronostic. — En dépit de ses complications, l'uréthrocèle n'est pas une affection grave. C'est une infirmité, mais il faut bien reconnaître que cette infirmité peut atteindre un degré de gêne tout à fait exceptionnel.

Les uréthrocèles *irritables*, si nous pouvons appeler ainsi les formes névrosiques, sont heureusement de beaucoup les plus rares.

D'ailleurs, le traitement est là, qui, dans les cas graves, vient améliorer le pronostic.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *janvier* 1888.

DANGER DES HAUTES INTENSITÉS GALVANO-CAUSTIQUES CHIMIQUES.

M. Danion. — Après avoir vu survenir de graves accidents, dont un mortel — et cela en dépit des plus minutieuses précautions — par l'application de la méthode des hautes intensités galvano-caustiques chimiques, c'est-à-dire de la méthode que Tripier avait fondée et que son élève Apostoli a étendue en portant les doses jusqu'à 200 et même 250 milliampères, M. Danion a fait sur des lapins une étude expérimentale électro-physiologique de ces hautes intensités, et a démontré qu'elles occasionnaient des effets congestifs souvent variés, dont le danger a été démontré par la mort des animaux ou par les autopsies faites à différentes périodes.

Les hautes intensités n'en produiraient pas moins de remarquables résultats, mais au prix seulement des graves complications qu'elles provoquent fréquemment, et bien inutilement, puisque les basses et moyennes intensités peuvent produire d'aussi bons effets et cela sans danger aucun.

Voici d'ailleurs les conclusions de ce travail.

1° Des expériences nombreuses et variées faites sur les animaux, démontrent que les hautes intensités galvano-caustiques chimiques déterminent des congestions souvent violentes, fréquemment suivies d'inflammation des organes intéressés.

2° Les résultats cliniques obtenus dans le traitement des affections utérines confirment d'une manière très nette ces effets d'électro-chimie caustique expérimentale. Les hautes intensités peuvent dans ce cas déterminer des phénomènes inflammatoires graves et devenir mortelles.

3° Il n'existe aucune donnée physiologique, aucun résultat empirique, pouvant plaider en faveur d'une substitution de hautes intensités aux basses et moyennes intensités, lesquelles sont complétement inoffensives ; d'où il suit que la méthode des hautes intensités est non-seulement dangereuse, mais encore absolument inutile.

4° Les hautes intensités voltaïques *non caustiques* paraissent inoffensives, cependant de nouvelles expériences sont nécessaires pour confirmer cette conclusion.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

AVORTEMENT CAUSÉ PAR UNE HÉMORRAGIE UTÉRO-PLACENTAIRE D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

M. Auvard rapporte le cas d'une jeune femme de 28 ans, enceinte pour la troisième fois, qui, à la suite d'une partie de balançoire, fut prise d'hémorrhagie génitale.

Cette hémorrhagie se prolonge et la fausse-couche se fait.

L'examen des annexes montre ceci :

Le placenta est complet, mais il ne reste des membranes que l'amnios ; le chorion et la caduque sont restés dans la cavité utérine. Une couronne, constituée par un caillot sanguin unique, encadre le placenta du côté de la face utérine.

M. Pajot. — J'ai observé un cas du même genre. Il s'agit d'une jeune femme qui, à la suite d'une partie à ânes, fut prise d'hémorrhagie et faillit faire une fausse-couche. La grossesse alla à terme, mais l'enfant qui naquit était faible et peu développé. Je trouvai l'explication de cet état dans le placenta. Ce dernier présentait deux moitiés très différentes : l'une avait l'aspect du placenta normal, l'autre était aplatie, mince, décolorée, vide de sang. L'enfant n'avait donc eu pour se nourrir et se développer qu'une moitié de placenta ; l'autre moitié s'était atrophiée après avoir été décollée par une hémorragie survenue au moment de l'accident, pendant la grossesse.

TUMEUR DU PLACENTA.

M. Auvard. — Une femme de 21 ans, enceinte pour la seconde fois, et atteinte d'éclampsie subit l'accouchement forcé.

En examinant la face fœtale du placenta, on constate, près du bord placentaire, un noyau induré de la grosseur d'une noix, et donnant la consistance d'un fibrôme. On l'énuclée sans difficulté et on remarque qu'il est relié au fond de la cavité où il est logé, par un mince pédicule de 4 c. de long dans lequel on aperçoit deux petits vaisseaux. Cette cavité est constituée par le tissu placentaire ; son fond, examiné par transparence, indique qu'il n'y a là que de l'amnios recouvert de quelques débris placentaires. M. le Dr Latteux, qui a examiné la tumeur, conclut qu'elle n'est autre chose qu'une hypertrophie nettement localisée des éléments normaux du placenta. Ce serait, en somme, une sorte de fibrôme angiomateux.

M. Guéniot. — J'ai vu un cas absolument analogue. La tumeur était beaucoup plus volumineuse et elle siégeait tout à fait à la base du cordon. M. de Sinéty l'examina et déclara que c'était une hypertrophie des éléments normaux du placenta.

M. Doléris. — L'examen du dessin de M. Latteux me porte à croire que cette tumeur a dû se développer aux dépens de la muqueuse utérine.

M. Pajot ne partage pas l'avis de M. Doléris, car si la tumeur s'était développée aux dépens de la muqueuse utérine, les vaisseaux iraient de la tumeur à cette muqueuse et non de la tumeur à l'amnios.

OPÉRATION CÉSARIENNE

M. Doléris. — L'opération césarienne a été l'objet de discussions longues et approfondies dans le meeting annuel de gynécologie qui s'est tenu tout récemment à New-York.

A la suite des travaux de Sænger et de Léopold, un grand nombre d'accoucheurs, se sont laissé entraîner à faire plus volontiers l'opération césarienne que la céphalotripsie.

Voici l'opinion de Wathon, de Philadelphie :

La section abdominale doit être toujours préférée à la crâniotomie lorsque l'enfant est vivant. — Souvent la crâniotomie est pratiquée inutilement. — La mortalité de la mère n'est pas aussi considérable dans les cas *choisis* d'opération césarienne, qu'après la crâniotomie. — La section césarienne doit être pratiquée comme opération de choix et en dernier ressort.

Sænger lui-même, dans le mémoire qu'il a lu dans la même séance, n'osa pas aller aussi loin. Lusk préconise vivement l'opération césarienne et se plaint qu'on ne tienne pas assez compte de la vie de l'enfant. Enfin Harris s'efforce de montrer que cette opération donne une mortalité beaucoup moins élevée que la crâniotomie.

Ces considérations ont pu être vraies avant l'antisepsie, mais aujourd'hui la mortalité est presque nulle avec la crâniotomie, alors qu'elle est élevée avec l'opération césarienne modifiée par Sænger. Les premières statistiques étaient superbes ; il faut en rabattre beaucoup aujourd'hui et les membres du Congrès ont été très partagés sur la valeur de cette opération.

En ce qui me concerne, j'ai cru devoir poser les conclusions suivantes : l'opération césarienne est une opération de nécessité et les meilleures statistiques donnent une mortalité de 1 sur 8, soit 12 %, et les pires une mortalité de 6 sur 7. Or la crâniotomie n'approche pas de pareils chiffres. Donc, tant qu'elle sera praticable, sans danger pour la mère, il faut la préférer.

M. Porak. — J'ai eu l'occasion de faire l'opération sur une femme éclamptique apportée mourante ; j'ai pratiqué l'opération de Sænger en ce sens :

1° Que j'ai adossé le péritoine d'un des bords de la plaie au moyen d'une suture de Lembert ;

2° Que je n'ai pas compris dans les sutures la totalité des

parois utérines, pensant ne pas traverser la muqueuse utérine. M. Bar a depuis étudié la pièce provenant de l'autopsie de cette femme. Or, sur la surface interne de l'utérus, on constate aisément la réunion au niveau des sutures, bien que celles-ci aient contre mon intention intéressé la muqueuse. Par contre, la portion de la paroi utérine comprise entre les sutures s'était désunie. On peut conclure de l'étude de cette pièce qu'il n'était pas utile de ne comprendre dans la suture qu'uue partie de la paroi utérine.

Si on comprend toute la paroi utérine dans les sutures, si on ne dissèque pas le péritoine, il ne reste pas grand'chose de l'opération de Sænger.

VERSION CÉPHALIQUE ET PRÉSENTATIONS DU SIÈGE.

M. Loviot. — La version céphalique par manœuvres externes chez les primipares pendant la grossesse dans les présentations du siège a été récemment discutée à la Société obstétricale et l'on a conclu à son inutilité, sinon à son danger. Tel n'est pas mon avis ; je crois au contraire que même l'engagement chez les primipares n'est pas une contre-indication absolue à l'entreprise et à la réalisation de la version.

Voici une observation à ce propos :

Une femme âgée de 22 ans, enceinte pour la première fois et arrivée presque à terme. On reconnait une présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée ; mode des fesses, variété sacro-iliaque gauche antérieure, les fesses étaient engagées et fixées dans l'excavation. Après avoir à plusieurs reprises, plusieurs jours de suite, fait infructueusement des tentatives de version par manœuvre externe, j'essayai le procédé suivant :

Après avoir administré le chloroforme jusqu'à complète anesthésie, la malade fut placée en position obstétricale, le siège un peu relevé, j'introduisis alors la main gauche dans le vagin et m'efforçai de refouler le siège en haut et en avant, ce qui se fit facilement.

De la main droite, je constatai alors la présence du siège mobilisé au niveau et au-dessus du détroit supérieur. A l'aide de cette main, je le saisis et le repoussai en lui imprimant de petites secousses du côté de la fosse iliaque et du flanc gauche. A ce moment, un aide saisit ce siège et continua à l'entraîner du

côté gauche, pendant que ma main, redevenue libre, allait à la recherche de la tête, que je saisis et à laquelle j'imprimai des secousses de haut en bas, dans la direction du détroit supérieur.

Bientôt la tête descendit et gagna le détroit supérieur ; la main vaginale fut retirée, et l'on appliqua immédiatement une ceinture eutocique. Cinq jours plus tard les membranes se rompaient et, le lendemain, la femme entrait en travail ; les contractions utérines étant insuffisantes et la rotation ne s'achevant pas, on termina l'accouchement par une application de forceps.

Voici les conclusions qui découlent de ce fait : l'engagement du siège dans l'excavation pendant la grossesse, chez les primipares, n'est pas une contre-indication absolue à la version céphalique par manœuvres externes.

La fixité de la région engagée peut ne pas être difinitive, et, grâce à l'insensibilité et à la résolution musculaire obtenues par le chloroforme, il se produit un relâchement tel des muscles de la paroi abdominale que l'introduction de la main tout entière dans le vagin devient possible, que la rétropulsion de la région engagée devient alors relativement facile sans rompre les membranes, sans décoller le placenta et enfin sans avancer l'accouchement ; il n'est pas nécessaire que l'œuf contienne une grande quantité de liquide amniotique pour que la manœuvre soit exécutable.

M. Charpentier. — L'observation que vient de nous lire M. Loviot ne fait que me confirmer dans ma manière de voir en ce qui concerne la conduite à tenir dans les cas de présentation du siège. Voilà une femme à qui l'on fait subir une véritable opération dont le résultat est de transformer une présentation du siège en une occipito-postérieure, qui exige une nouvelle opération. Il était bien plus simple de la laisser accoucher par le siège ; l'accouchement se serait probablement fait tout seul et, en tout cas, n'aurait exigé qu'une intervention sans importance.

Les manœuvres exécutées pendant la grossesse par M. Loviot n'ont pas, il est vrai, avancé l'accouchement, mais elles peuvent très bien avoir été la cause de la rupture prématurée des membranes. Je persiste à croire que lorsqu'il y a présentation du siège, il est inutile d'essayer de la transformer en présentation du sommet.

M. Porak trouve que les conclusions de M. Loviot sont trop

générales, étant donné qu'elles sont basées sur un fait unique. Dans ce cas, la version s'est faite facilement ; il est possible qu'il n'en soit pas toujours ainsi. La version par manœuvres externes présente des aléas et on voit quelquefois se produire une présentation dela face. Enfin il pense qu'il est mauvais dans ce cas de donner du chloroforme.

M. Guéniot partage l'avis de M. Charpentier ; dans le cas de M. Loviot, il se serait bien gardé de modifier la présentation. Cette observation prouve simplement que la version par manœuvres internes et externes est possible même avec le siège engagé. Ce procédé, du reste a déjà été employé pour réduire des fibromes.

M. Loviot répond qu'il s'attendait à être critiqué sur la question d'opportunité ; il ne veut pas agiter cette question ; il a voulu seulement établir deux faits ; qu'on peut rétropulser un siège engagé à terme chez une primipare et qu'il a été le premier à le faire.

M. Doléris lit un mémoire sur *le traitement des antéflexions et rétroflexions utérines*, au moyen de la dilatation, et curettage de l'utérus. Ce curettage doit porter surtout sur l'angle de flexion, et lorsque ce dernier est sclérosé on peut en faire l'abrasion.

M. Porak lit un rapport au sujet d'un travail de M. Jouin sur *le traitement des affections utérines par l'emploi de bâtonnets médicamenteux* introduits dans l'utérus.

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 janvier 1888. — Présidence de M. Brown-Sequard

DES PROPRIÉTÉS HÉMOSTATIQUES DE L'ANTIPYRINE.

M. Hénocque. — Au moment où l'on multiplie les observations cliniques sur l'action analgésique de l'antipyrine, il me semble opportun d'appeler de nouveau l'attention sur les propriétés hémostatiques de ce médicament. Je les ai, le premier, signalées dans une étude de l'antipyrine en 1884 (*Gaz.*, *hebdom.*, n° 50, 13 déc., p. 820) et les expériences que j'ai faites avec la colla-

boration de MM. Arduin et Huchard m'ont paru démontrer l'action hémostatique de l'antipyrine ; elles ont été publiées dans la thèse de M. Arduin (1885).

J'ai depuis lors observé dans maintes circonstances les bons effets de l'application de l'antipyrine à l'hémostase et plusieurs médecins ont obtenu des résultats analogues ; tels sont MM. Casati en Italie, Goetz en Suisse, Chéron, Labadie-Lagrave, Baudoin, Caravias.

Théoriquement, si l'on admet avec MM. Caravias et Gley que l'antipyrine agit sur les vaisseaux comme dilatatrice, il est difficile d'expliquer l'action hémostatique.

Mes expériences tendent à démontrer que l'antipyrine à l'état pulvérulent ou à l'état de solution agit en déterminant la constriction des vaisseaux et des tissus, en même temps qu'elle détermine une coagulation du sang qui présente des caractères très particuliers qui seront l'objet d'une étude spéciale,

Je crois utile d'indiquer dès maintenant les procédés les plus efficaces pour l'application de l'antipyrine à l'hémostase.

On peut employer l'antipyrine à l'état de poudre, en solution, ou bien incorporée à un tissu, enfin en pommade. A l'état pulvérulent, on dépose le médicament sur la plaie, et on recouvre d'ouate, de charpie ou d'un pansement quelconque. Contre l'épistaxis, on peut l'insuffler dans la narine ; pour arrêter les métrorrhagies on appliquera sur le col, ou même dans la cavité du col, un tampon d'ouate renfermant une petite quantité d'antipyrine.

L'état de solution convient pour les lotions dans le cours des opérations pour laver les surfaces cruentées. La solution à 1/20e est alors suffisante, mais s'il faut agir dans des trajets profonds, dans les fosses nasales, la solution au cinquième doit être préférée.

Dans la pratique, on utilisera avec avantage les préparations suivantes dans lesquelles l'antipyrine est incorporée à la ouate, à l'amadou, ou à du papier à filtrer épais. Le mode de préparation consiste à imbiber ces tissus, préalablement stérilisés par la chaleur, d'une solution d'antipyrine concentrée ; on fait sécher, et pour employer l'ouate, l'amadou, le papier hémostatique, on peut les appliquer directement sur les plaies, s'en servir comme moyen de tamponnement, soit à l'état sec ou après les avoir trempés dans l'eau bouillie.

Pour terminer, je crois utile d'indiquer le mode de pansement que j'emploie dans un cas d'ulcération cancéreuse du sein depuis plusieurs mois : je fais un mélange d'une partie d'antipyrine pour trois parties de vaseline avec de la ouate coupée en fins segments de quelques millimètres environ, de façon à représenter de la charpie râpée ; le mélange est fait avec une spatule et forme une pâte qu'on étend sur les surfaces ulcérées; on applique ensuite de la ouate et un bandage contentif quelconque. Le pansement ainsi effectué est renouvelé deux fois par semaine, et si l'on a soin de faire des lotions avec une solution d'antipyrine au centième pour imbiber le pansement avant de l'enlever, on peut alors l'enlever sans provoquer d'hémorrhagie. J'ajouterai même que la suppuration, l'odeur spécifique cancéreuse, sont nulles dans l'observation à laquelle j'ai fait allusion.

En résumé, à l'hémostase produite par l'antipyrine s'ajoute l'action antiseptique, et peut-être même une action favorable à la cicatrisation.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 6 janvier 1888.

SALPYNGITE. RÔLE DES TROMPES DANS LA MENSTRUATION.

M. Dagron présente des pièces provenant d'une femme qui, il y a quelques années, a été prise de vives douleurs dans le côté droit du ventre et y constata une tumeur mobile ; assez longtemps après, mêmes accidents à gauche. Après une ponction retirant 1,200 gr. de pus, M. Lucas-Championnière fit la laparotomie et constata qu'il s'agissait d'une double salpyngite. L'ablation des poches purulentes fut pratiquee il y a cinq jours ; la malade va très bien.

M. Championnière. — Je désire d'abord attirer l'attention sur le volume de ces poches purulentes ; une des plus grosses connues, vue par Lawson Tait, contenait 700 gr. de liquide ; ici, j'en ai évacué 1,200. Aussi, une fois la ponction faite, ai-je été fort embarrassé pour le diagnostic et je me suis demandé si ce n'était pas un kyste de l'ovaire suppuré, bilatéral, d'autant plus qu'il existait une particularité anatomique qui m'a induit en erreur. Ces poches de salpyngites ne sont pas habituellement accessibles

par le toucher vaginal. Or, ici je sentais dans le cul-de-sac gauche une sorte de tumeur, et l'utérus était immobilisé de ce côté.

En opérant, je n'avais donc pas un diagnostic ferme. La vue m'a montré la cause de mon hésitation dans une tumeur fibreuse accolée au côté gauche de l'utérus et englobant probablement l'ovaire, car de ce côté, je n'ai pas pu trouver trace de cet organe, normal à droite.

Cette pièce me paraît encore importante au point de vue de la menstruation ; cette femme avait un ovaire bon et les deux trompes détruites : or, elle a toujours été réglée avec une régularité parfaite. Au reste, il y a longtemps que je conteste la théorie de Lawson Tait d'après laquelle la menstruation serait d'origine tubaire : je me souviens d'une malade à laquelle j'ai enlevé les deux ovaires en respectant les trompes et qui a depuis cessé tout à fait d'être réglée.

Cette théorie a été étayée surtout sur des observations d'ovariotomie. Or, quand on enlève un kyste de l'ovaire, il est à peu près impossible de savoir si l'on n'a pas laissé un peu d'ovaire. D'autant plus que cet ovaire envoie toujours vers l'utérus un petit prolongement qu'on abandonne facilement au-dessous de la ligature.

M. Chaput décrit un *cancer de l'utérus intéressant surtout par les adénopathies* qui l'accompagnent et qui remontent jusque sur le diaphragme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Présidence de M. Lallement.

Communication de M. Remy sur l'*Antéversion et l'antéflexion de l'utérus pendant la période d'expulsion, du travail de l'accouchement, comme cause de dystocie.*

M. Remy dit que la période d'expulsion peut se faire dans des conditions très difficiles, quand l'utérus gravide est très incliné et fléchi ; le degré extrême d'inclinaison et de flexion semble se produire quand l'utérus est hernié dans une véritable poche formée par la peau et l'aponévrose, et qu'il est sorti à travers la boutonnière formée par les muscles droits ; le degré le moins prononcé paraît avoir lieu lorsque les muscles de la paroi abdomi-

nale soutiennent encore l'utérus antéfléchi. Cette inclinaison se fait de la façon suivante : au moment de la période d'expulsion, la pression abdominale, en agissant sur la face postérieure de l'utérus, fléchit de plus en plus cet organe et abaisse le fond utérin en bas et en avant du pubis. Par les efforts d'expulsion, la femme pousse, en quelque sorte, sa matrice hors de la cavité abdominale. Ainsi, tandis que la contraction utérine agit en bas et en arrière, la pression abdominale agit en sens contraire ; aussi le travail n'avance pas.

Il est donc indiqué : 1° de tenter la réduction de l'utérus incliné et fléchi, de le maintenir réduit et d'engager la femme à suspendre ses efforts, c'est-à-dire à cesser, par la contraction des muscles de l'abdomen, la poussée de l'utérus hors de la cavité abdominale ;

2° En cas d'échec, ou s'il est nécessaire de terminer promptement l'accouchement, il faut recourir au forceps.

M. Remy rapporte deux observations personnelles et une observation de Velpeau. Dans ces cas, les manœuvres tentées pour redresser l'utérus et maintenir la réduction de l'antéflexion échouèrent et l'on dut employer le forceps.

REVUE DE LA PRESSE

DE LA DILATATION UTÉRINE.

A la séance du 28 octobre dernier de la Société gynécologique et obstétricale de Berlin, le Dr Léopold Landau a fait une communication très intéressante sur un procédé de dilatation utérine qui n'est qu'une simplification de la méthode du professeur Vulliet de Genève. Nous avons déjà rendu compte dans nos *Annales* de cette dernière, que l'auteur désigna sous le nom de *Méthode de dilatation de l'utérus par tamponnements progressifs*. Elle consiste à :

1° Obturer la cavité par des corps incapables de déterminer du traumatisme ou de l'infection.

2° A augmenter par gradation le volume formé par l'agglomération de ces corps étrangers.

Elle permet de rendre visible l'intérieur de l'utérus et de maintenir à volonté la dilatation à tous les degrés.

Vulliet se sert de tampons de coton qu'il plonge dans une solution d'éther iodoformisé et qu'il laisse sécher avant de s'en servir.

Depuis 1885, Landau a eu recours à cette méthode modifiée dans plus de deux cents cas, et les résultats sont tout à fait remarquables et dépassent tout ce qu'on pouvait espérer.

Comme l'inspection de la cavité utérine ne lui paraissait offrir aucun avantage pour le diagnostic et le traitement des affections utérines, il s'est contenté d'obtenir une dilatation suffisante pour laisser passer le doigt ou une curette. De plus, au lieu d'employer les petits tampons de coton qui sont incommodes et même difficiles à introduire, il a eu recours à la gaze iodoformisée, si bien implantée, en chirurgie et en gynécologie comme moyen thérapeutique. Il a fait des essais comparatifs avec la gaze sublimée, phéniquée, ou simplement trempée dans une solution d'acétate d'alumine, mais les résultats ne sont guère aussi favorables qu'avec la gaze iodoformisée. Il désinfecte d'abord la gaze avec une solution de sublimé à 1 pour 1000, puis il la sèche et la coupe en languettes d'un mètre à un mètre et demi de longueur et de deux à trois travers de doigt de largeur, qu'il trempe ensuite dans une solution d'iodoforme dans l'éther. L'éther évaporé, Landau conserve ses languettes dans un flacon bien bouché et stérilisé. L'introduction se fait au moyen d'une sonde utérine ordinaire, la patiente étant placée dans la position obstétricale. On bourre lentement, graduellement et complètement la cavité utérine, comme on plombe une dent cariée. On laisse les languettes en place de 24 à 48 heures. On n'éprouve réellement de difficulté à les introduire que quand il existe une flexion très accentuée de l'utérus ou que la portion vaginale est rigide. Il faut, pour y arriver, de la patience, de l'adresse et une certaine habitude.

J'ai employé également, depuis deux ans, un grand nombre de fois, ce procédé de dilatation, tout comme l'indique Landau qui ne fait que répéter Fritsch. J'ai l'habitude, lorsque je rencontre la première fois quelque difficulté à faire pénétrer les languettes, d'introduire, comme le conseille Vulliet, un tube de laminaria que je laisse en place pendant douze heures seulement. Cela peut se faire aussi bien en ville qu'à l'hôpital. On place le laminaria le soir et on le retire le lendemain matin. La matrice est alors bien préparée, déjà un

peu dilatée, mais surtout ramollie, et la pénétration de la gaze se fait avec la plus grande facilité.

Plus l'utérus est préalablement ramolli, soit par le laminaria, soit par un processus pathologique qui provoque une hypersécrétion ou une hémorragie, etc., d'autant plus vite aussi s'obtient la dilatation.

Le renouvellement des languettes est alors aussi plus rare. Dans beaucoup de circonstances, on arrive déjà au but par un seul tamponnement. C'est le cas notamment si on ne se propose qu'une dilatation suffisante pour agir à l'intérieur de l'utérus.

Le tampon agit sur la matrice non pas en se gonflant, mais par l'irritation qu'il produit comme corps étranger. L'utérus se contracte et se ramollit, tout comme sous l'influence d'une éponge ou d'un laminaria. En un mot, il devient *dilatable* et cela suffit. La gaze iodoformisée, qui coûte moins cher que les agents de dilatation, ne *provoque aucune douleur et est exempte de dangers.*

Sans doute la gaze détermine de nombreuses contractions utérines : mais ces contractions ne deviennent douloureuses que si la matrice rencontre un obstacle à l'expulsion de produits dont elle veut se débarrasser. C'est ce qui arrive par exemple avec les éponges préparées et autres substances qui bouchent l'orifice externe et ne permettent pas l'élimination de sécrétions qui s'accumulent rapidement dans le canal utérin. Mais ce n'est pas le cas avec la gaze qui absorbe ces liquides, s'en imbibe rapidement, les laisse filtrer à travers ses mailles et cela d'autant plus facilement, que l'utérus, en se contractant, agit sur elle, *comme ferait une main sur une éponge mouillée.* La rétention des liquides n'est donc pas à craindre et par conséquent aussi la décomposition est évitée. Aussi Landau, dans les 200 cas où il a employé le tamponnement utérin, n'a-t-il pas observé un seul cas de fièvre de résorption.

Un autre avantage de cette méthode, c'est qu'on peut maintenir, pendant longtemps et à volonté, l'utérus en état de dilatation et agir dans la cavité du corps aussi souvent que c'est nécessaire. Il suffit de renouveler le tamponnement après chaque intervention. Il serait trop long d'énumérer tous les cas où cette dilatation est utile ou nécessaire. Bornons-nous à citer avec Landau avant tout l'*endométrite*. Ici il faut agir directement sur le siège même du mal, c'est-à-dire sur la muqueuse utérine, sous peine de voir échouer toute thérapeutique. C'est donc surtout dans cette affection qu'il est indiqué d'ouvrir la matrice et de la maintenir ouverte pendant tout le temps du traite-

ment. Après avoir retiré les languettes, on fait un lavage intra-utérin avec une solution désinfectante ou astringente, on applique ensuite le médicament et on refait le tamponnement avec la gaze, et cela jusqu'à ce que l'amélioration ou la guérison se produise. Landau, comme Fritsch et nombre de gynécologues, ne peut trop se louer ici de l'action bienfaisante exercée directement par l'iodoforme.

L'influence curative de l'iodoforme se fait surtout sentir dans l'*endométrite gonorrhéique*.

Comme Vulliet, Landau s'est bien trouvé du tamponnement utérin pour le diagnostic d'hémorrhagies utérines d'origine douteuse et pour leur thérapeutique. Il est des cas où les moyens habituels, le sondage et la palpation combinés, dans la narcose, ne suffisent pas à faire découvrir la cause d'une perte de sang. Il est cependant, si pas toujours nécessaire, au moins désirable de connaître exactement cette cause pour agir avec plus de sûreté. Landau cite cinq cas où il est parvenu à découvrir de petits myômes sous-muqueux, de la grosseur d'une noisette, à base large et dont il a pu faire l'énucléation avec le doigt. Il a découvert aussi des restes placentaires, des déciduomes, des polypes, etc.

Le tamponnement intra-utérin met fin momentanément à l'hémorrhagie : il permet d'en trouver rapidement la cause. S'il y a une endométrite hyperplastique, polypeuse, etc., le raclage se fait bien plus facilement et avec bien plus de sûreté quand l'utérus est largement ouvert que quand il est encore à moitié fermé ; s'il existe des restes placentaires, des polypes, de petites tumeurs, on peut les toucher, les enlever avec le doigt ou avec l'instrument tranchant en profitant des mêmes avantages. L'opération terminée, l'hémorrhagie qui pourrait en résulter est rapidement vaincue par le tamponnement terminal.

Landau ajoute encore qu'il a employé l'obstruction de la cavité utérine chez quelques malades de la polyclinique qu'il laissait retourner chez elles et qui allaient vaquer à leurs occupations. Il dit que cela était bien supporté et que les patientes n'en ont éprouvé que des avantages.

J'ai peut-être sous ce rapport plus d'expérience que Landau, car depuis la publication du premier article de Vulliet j'ai tamponné une quantité de fois l'utérus chez des malades qui fréquentaient la polyclinique de l'hôpital de Bavière, et je puis dire que chez aucune d'elles je n'en ai observé le moindre inconvénient. Il serait trop long pour le moment d'entrer dans le détail de ces faits. Qu'il me suffise de cite

quatre cas de sténoses utérines cicatricielles très serrées, ches lesquelles, après avoir obtenu par une dilatation brusque avec les bougies de Hegar un degré d'ouverture suffisant pour passer avec la sonde ordinaire, j'ai maintenu et agrandi le résultat obtenu par des tamponnements utérins à la gaze iodoformisée, renouvelés tous les 3 ou 4 jours pendant plus de 3 mois. Ces malades ont souffert pendant quelques minutes, le jour où j'ai fait l'élargissement rapide, et depuis lors elles n'ont plus jamais éprouvé la moindre souffrance. Elles pouvaient rentrer chez elles et se livrer à leurs occupations, comme si elles n'avaient rien dans l'utérus, et ce procédé si simple, si peu dangereux surtout, m'a permis de vaincre définitivement des rétrécissements cicatriciels qui se seraient certainement reproduits après une simple discission ou une dilatation brusque, même répétée plusieurs fois.

D^r^ F. FRAIPONT.

(*Ann. de la Soc. méd.- chir. de Liège*).

LIPÔME SOUS-PÉRITONÉAL.

M. HUTCHINSON a montré à la Société pathologique de Londres deux hernies graisseuses de la ligne blanche dont le point de départ était le tissu graisseux sous-péritonéal. Dans leur évolution en avant, ces tumeurs avaient entraîné le péritoine : c'est également ce qui arrive pour les hernies graisseuses crurales et inguinales. Le péritoine ainsi déplacé forme une cavité tubulaire dans laquelle peuvent consécutivement se précipiter les intestins. C'est là un mode de formation des hernies. — (*Bull. méd.*)

DE L'ORIGINE MICROBIENNE DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

M. CLIVIO E MONTI a examiné le pus péritonéal dans quatre cas de cette affection et y a constaté l'existence de streptococci nombreux, isolables par des cultures. M. Clivio e Monti a inoculé avec succès ces liquides virulents aux animaux, de sorte qu'il se croit en droit de conclure que la péritonite puerpérale est causée par le microbe pyogène, fait, dit-il, qui aurait une grande importance obstétricale.

(*Bulletin gyn. de clinique et de thérapeutique.*)

UN LAIT DE VACHE ARTIFICIEL.

Le Dr Ledentu a signalé à la Société de médecine de Trieste le mélange suivant qui lui paraît reproduire assez exactement la composition du lait de vache et qu'il a employé avec grand succès 44 fois sur 51 cas de choléra infantile.

Blanc d'œuf sec.		15 grammes.
Huile d'amande douce.		35 grammes.
Sucre de lait.		40 grammes.
Carbonate de soude.	0 g.	40 centigrammes.
Chlorure de sodium.	0 g.	20 centigrammes.
Phosphate neutre de chaux. . .	2 g.	50 centigrammes.
Eau.		1 litre.

Faire une émulsion.

SUPERFÉTATION.

Il peut être utile de signaler tous les cas de superfétation qui peuvent éclairer le mode de production de ce phénomène. Voici, à ce sujet, ce que raconte le docteur Godfred dans *The Lancet*, 12 novembre 1887 : « J'ai été appelé, le 17 août dernier, auprès de Mme H., âgée de 29 ans, pour l'assister dans son quatrième accouchement. Elle se disait enceinte de sept mois et demi, et avait été prise, la nuit précédente, de douleurs d'accouchement accompagnées d'un écoulement considérable. Je trouvai dans le vagin un fœtus qui n'avait pas plus de trois mois et demi et qui fut extrait sans difficulté. L'utérus était volumineux et s'élevait à 2 pouces anglais (environ 5 centimètres) au-dessus de l'ombilic, et je pus sentir distinctement les mouvements d'un autre fœtus. Aucun placenta ne fut expulsé, et toute douleur cessa. Comme il n'y avait ni hémorrhagie ni douleur, je quittai la patiente, et quand je revins auprès d'elle, au bout d'une heure et demie, je trouvai tout dans le *statu quo*. Ces conditions durèrent pendant quatre jours ; alors, les douleurs se reproduisirent ; et, à mon arrivée, un enfant présentait le siège à la vulve. J'en fis l'extraction immédiatement, il était mort ; la garde-malade affirma que les jambes, au moment où elles s'étaient dégagées, avaient eu quelques mouvements actifs. Le produit devait bien être âgé de sept mois ; ses

ongles commençaient à se former, et il pesait 4 livres 1/4 (si l'auteur entend la livre anglaise *avoir du poids*, cela ferait 2,926 grammes 562). Le placenta du second enfant fut expulsé naturellement, mais son expulsion fut suivie d'une hémorrhagie considérable ; il ne présentait aucune trace d'un autre arrière-faix qui lui eût adhéré. La traction sur le plus petit cordon le détacha de son placenta ; j'introduisis donc la main dans l'utérus, et retirai par fragments ce placenta, qui était complètement adhérent à la portion supérieure droite de la paroi utérine et avait une étendue en largeur de 3 pouces anglais, un peu plus de 7 centimètres. Il n'était pas putréfié. Tout écoulement de sang cessa immédiatement, et la guérison fut complète et sans retours. » — R. (*Union médicale du* 12 *janvier* 1888.)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

—

Sonde dilatatrice à lavages intra-utérins du Dr Chéron.

L'importance de la dilatation du canal cervical dans le traitement des affections utérines n'a pas besoin d'être démontrée ici ; c'est surtout dans l'endométrite cervicale et l'endométrite cervico-utérine qu'elle répond aux plus urgentes indications.

On sait également quels services rendent tous les jours les lavages intra-utérins toutes les fois que la muqueuse interne de la matrice est le siège d'une inflammation hypertrophique ou hyperplasique, glandulaire ou interstitielle.

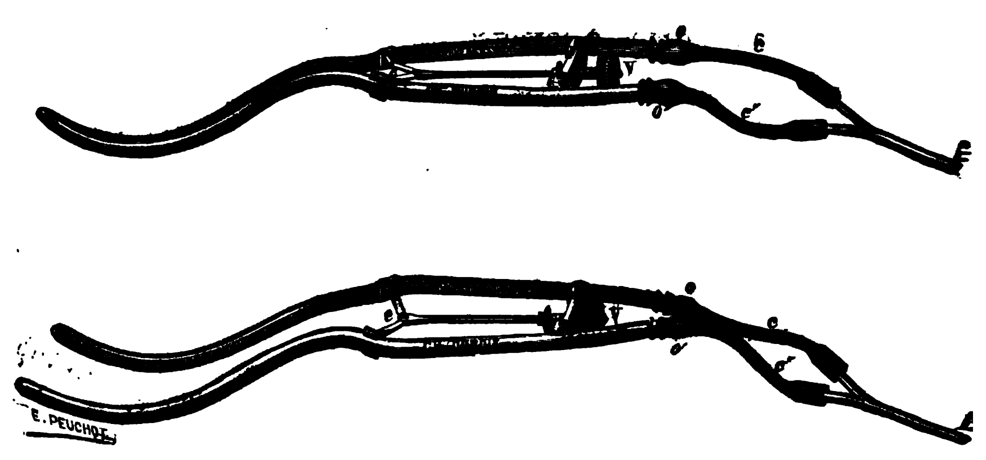
Par un hasard heureux sur lequel j'insistais dernièrement dans ce journal, la dilatation se pratique avec la plus grande facilité et la plus grande innocuité, sous un courant d'eau chaude antiseptique, alors que la dilatation est mal supportée lorsqu'elle est faite avec les dilatateurs ordinaires.

On comprend par ces quelques mots l'utilité que présente l'association, dans un même instrument, du dilatateur et de la sonde à lavages.

Les différents modèles de sondes dilatatrices imaginés jusqu'ici pour lavages après l'accouchement ne pouvaient répondre aux nécessités de la pratique gynécologique.

Elles étaient trop volumineuses, pour passer facilement dans l'utérus en dehors de la période puerpérale ; leur courbure simple augmentait encore les difficultés en obligeant à la placer sans spéculum, ce qui rendait leur emploi très restreint dans la pratique ; enfin, le mécanisme par lequel s'obtenait l'écartement de leurs branches était d'une incommodité notoire en même temps qu'il ne permettait pas une dilatation lente, progressive et sans secousses. Pour toutes ces raisons, si l'idée de l'instrument était ingénieuse, la réalisation était trop défectueuse pour qu'on pût en recommander l'usage journalier en gynécologie.

La sonde dilatatrice à lavages que j'ai fait construire par M. Dubois est de diamètres différents, et correspond aux n^{os} 18, 22 et 26 de la filière Charrière, lorsque l'instrument est fermé. Elle possède la double courbure utérine et périnéale que j'ai adoptée pour tous les instruments qui doivent pénétrer jusqu'au fond de la matrice et qui permet de les introduire sans difficulté à l'aide du spéculum, avec ou sans dilatation préalable.



CO' tubes de caoutchouc de raccordement.
OO' extrémités des deux branches dilatatrices.
E point de jonction des deux bras de levier.
V vis de commande de l'écartement des branches.
T tube métallique en Y.

L'écartement des branches qui sont parallèles est obtenu au moyen d'une vis placée près de l'extrémité de l'instrument, mais dont l'action s'exerce à distance sur un bras de levier double dont les extré-

mités prennent leur point d'appui à la face interne des deux branches vers leur partie moyenne. La force de dilatation est ainsi très puissante en même temps qu'elle est lentement progressive, sans secousses, par suite de la petitesse du pas de vis qui agit sur le bras de levier dont je viens de parler.

Deux tubes de caoutchouc réunissent l'extrémité des deux branches dilatatrices à un tube métallique en Y qui se monte sur le tube d'apport d'un appareil à lavage quelconque.

La face interne de chaque branche est munie près de son extrémité d'un œil par lequel le liquide de l'irrigation pénètre dans la cavité utérine. La dilatation produite par les branches en assure le retour facile.

J. C.

NOUVELLES

PROFESSEURS ET ÉTUDIANTES EN MÉDECINE. — Il paraît qu'à Zurich les étudiantes en médecine ont été peu satisfaites de la façon dont s'est exprimé dans un de ses cours le professeur de clinique médicale; elles ont manifesté leur mécontentement en cessant d'assister à ses leçons. Les étudiants, au contraire, ont adressé une lettre au professeur pour leur témoigner toute leur sympathie.

(*Progrès médical.*)

LES ECOLES MÉDICALES DE FEMMES AUX ÉTATS-UNIS. — Dans un pays de liberté comme l'Amérique, la doctoresse en médecine ne pouvait manquer de faire son apparition et de jouer un rôle. L'équité me fait un devoir de reconnaître — et ce devoir ne me coûte rien à remplir — que les écoles de femmes jouissent d'une bonne renommée et qu'elles la méritent par le caractère sérieux de leurs études. Je ne crois pas qu'une seule de ces écoles soit homœopathique. Pour l'élève doctoresse américaine, Hippocrate est donc dieu, mais Hahnemann n'est pas du tout son prophète.

New-York compte les écoles de femmes suivantes : le *New York medical college and hospital for women*; *Women's medical college of The New York Infirmary.*

Dans le Massachusetts, nous trouvons le *New England female medical college.*

Philadelphie possède l'école certainement la mieux organisée : le *Women's medical college de Pensylvanie* ; et ce ne sont pas là les seuls centres féminins d'éducation médicale.

Aussi le nombre des doctoresses américaines augmente-t-il chaque année et d'une façon notable, d'où il est naturel de conclure qu'elles vivent de la profession. On en cite même quelques-unes dont la clientèle est très étendue et passe pour rapporter de 15,000 à 25,000 dollars.

Tout à fait en tête — comme valeur scientifique et comme situation professionnelle — vient incontestablement Miss Clara Marshall, à Philadelphie. Médecin traitant régulier au grand hôpital (dans un service de femmes, bien entendu), elle donne chaque semaine une clinique obstétricale très suivie, non pas seulement par les élèves de son sexe, mais aussi par les étudiants, qui s'y rendent en grand nombre. Tout se passe de la façon la plus correcte du monde. Les élèves doctoresses se groupent ensemble. Les étudiants font de même. Je puis dire, pour l'avoir suivi, que l'enseignement de Miss Clara Marshall est très pratique et très profitable. Malgré cette haute position, cette femme distinguée s'est vu, à plusieurs reprises, refuser l'entrée des principales sociétés médicales de Philadelphie, ces sociétés ne voulant pas admettre de femmes parmi leurs membres.

(*Bulletin médical.*)

On écrit de Kaschan (Perse) :

Il y a quelques années, trois dames russes, docteurs en médecine, fondèrent à Kaschan un hôpital de consultation pour les femmes musulmanes. Le succès s'accentue de jour en jour. Durant les douze derniers mois, il n'a pas été donné moins de 13,000 consultations.

Le D[r] Arthur Farre, professeur d'accouchement et de gynécologie au King's college, vient de mourir.

M. le D[r] Auvard, accoucheur des hôpitaux, a pris la direction des *Archives de Tocologie*, journal mensuel d'obstétrique et de gynécologie, fondé en 1874, par Depaul. Nous souhaitons la bienvenue au nouveau directeur.

Au dernier concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, aucune *étudiante* n'a été nommée titulaire.

Mlle Edwards est portée 19e interne provisoire, sur 47. Sur la liste des externes, Mlles Kohan, 52e ; Juriakoff, 70e, et Wilbouchewitch, 122e, sur 253.

VARIÉTÉS

—

Un étrange tamponnement. — Un médecin écrit à la *Deutsche medizinal Zeitung* qu'il a été récemment appelé près d'une paysanne souffrant d'hémorrhagie des organes génitaux.

Arrivé près d'elle, il trouva le vagin plein de crotin de cheval frais, les parties génitales externes étaient couvertes de la même matière. La malade ne voulut accepter qu'un traitement interne et refusa de laisser enlever ce singulier tampon. Elle eut, peu de temps après, une attaque de septicémie.

Une vaccination au harem. — Le *Lyon médical* rapporte, d'après l'*Indian medical Gazette*, que 150 femmes du sérail du sultan de Constantinople viennent d'être vaccinées. L'opération eut lieu dans une vaste salle, sous la surveillance de deux gigantesques eunuques. Le médecin italien qui fut chargé de ce soin fut placé devant un large paravent au milieu duquel on avait percé un trou juste suffisant pour laisser passer un bras. C'est ainsi que le vaccinateur vit passer rapidement sous ses yeux une série de bras de couleur et d'apparence très variables. Il lui était naturellement impossible d'apercevoir ses patientes ; mais pour éviter même la possibilité d'un regard indiscret à travers le paravent, les deux eunuques lui recouvraient la face d'un voile épais, dès qu'il avait terminé ses piqûres sur un bras et ne l'enlevaient qu'après l'apparition d'un nouveau bras à travers l'écran protecteur.

BIBLIOGRAPHIE

—

Des névralgies vésicales, par le Dr Maxime Chaleix-Vivie. — Paris. — J.-B. Baillière et fils, 1888.

Rien n'est plus fréquent que la coexistence, chez une même malade, d'une affection des voies génitales et d'un trouble fonctionnel ou d'une affection des

voies urinaires ; c'est au gynécologiste qu'il appartient de rechercher quel est, en pareil cas, la lésion primitive, quelle est la lésion secondaire, c'est au gynécologiste aussi qu'incombe la responsabilité du traitement à instituer. La vérité de cette proposition est si bien admise que les traités récents de maladies des femmes consacrent des chapitres de plus en plus étendus à la description et au traitement des maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, et il serait facile d'établir que les plus grands progrès réalisés dans l'étude et la thérapeutique de ces dernières maladies sont dus aux travaux des gynécologistes contemporains. Aussi, c'est avec le plus grand plaisir que j'ai accepté la tâche de présenter aux lecteurs de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* l'excellent travail que le docteur Maxime Chaleix-Vivie vient de publier sur les *névralgies vésicales*.

Le plan de cette monographie est bien conçu. Dans un *avant-propos*, l'auteur essaie de définir la cystalgie et insiste avec raison sur cette idée qu'il ne s'agit ici, presque toujours, que d'un symptôme et non d'une névralgie proprement dite, ce qui voudrait dire : « trouble nerveux idiopatique, *sine materiæ*. » Mais ce symptôme acquiert une telle importance dans la science clinique qu'il y a intérêt à le faire passer, par un artifice dont personne n'est dupe, du rang d'élément morbide au rang d'affection proprement dite et à l'étudier comme tel. Ceci fait, M. Chaleix aborde l'étude des *cystalgies liées à une lésion de l'appareil urinaire*. Parmi les *lésions vésicales* il cite les modifications de la circulation vésicale (congestion, masturbation, constipation, froid, refroidissement des extrémités inférieures, surtout pendant la menstruation : influence des menstrues ; les troubles de circulation et de compression dus à la grossesse ; les troubles dus à la résistance à l'envie d'uriner, puis les altérations proprement dites de la vessie : cystite du col, fissure du col et carcinome vésical. Avec les *lésions rénales* nous voyons le rôle joué par le cancer et la pyonéphrose ; la *lithiase urinaire* et la *tuberculose urinaire* sont ensuite étudiées, puis viennent les *lésions uréthrales* (rétrécissement, polypes, altérations de l'orifice externe, atrésie (?) du méat et du prépuce, fissures uréthrales d'origine puerpérale) et le chapitre se termine par quelques mots sur les complications possibles, (atonie, paralysie vésicale, stagnation urineuse).

Faut-il reprocher à l'auteur d'avoir oublié, dans son énumération, le prolapsus de la muqueuse uréthrale qui n'est pas très rare à la suite de l'accouchement et qui peut exister en dehors de l'accouchement, comme le cas (accompagné de cystalgie) que j'observe en ce moment à St-Lazare, dans le service de mon maître, le docteur Chéron.

Le chapitre II est consacré aux *cystalgies liées à des lésions d'organes voisins de l'appareil urinaire* : (appareil génital de la femme, appareil génital de l'homme, extrémité inférieure du tube digestif) et à la névralgie ano-vésicale de Roux et Delpeau.

Analysons avec plus de détails la partie de ce chapitre qui nous intéresse plus spécialement, celle des cystalgies liées à une lésion de l'appareil génital de la femme.

L'auteur parle d'abord de l'influence de la *menstruation*, et cite les observations de Jenkins, de Nicoll, (1) de Laboulbène (2) et de Laugier ; tantôt on a noté un refroidissement pendant les règles comme cause occasionnelle

(1) Nicoll *Travail, of the Obst. Soc. of. N. Y.* 1886.

(2) Laboulbène. Thèse d'agrégation.

de la névralgie vésicale, tantôt celle-ci survenait, pendant les époques, sans cause appréciable (1).

Chez quelques femmes, l'influence menstruelle se traduit simplement par de la fréquence des mictions presque sans douleur.

Ces mictions fréquentes sans douleur assez vive pour qu'on puisse prononcer le mot de cystalgie se montrent dans un très grand nombre d'affections utérines, même en dehors des époques, et il y aurait un travail utile à faire sur ce sujet.

Les cystalgies de la *grossesse*, de *l'accouchement* et des *suites de couches* sont ensuite brièvement rappelées par l'auteur qui renvoie aux travaux de Lépine (2), Terrillon (3) et Monod (4).

Les *maladies de l'utérus* apportent un contingent considérable à l'étiologie de la névralgie vésicale; M. Chaleix les attribue à la congestion active et à la compression de la vessie. La bibliographie qu'il donne à ce propos, bien que forcément incomplète, est bonne à consulter. Il y ajoute une observation personnelle de cystalgie en rapport avec une métrite et hypertrophie du col.

Nous trouvons ensuite quelques mots sur l'influence de la névralgie utérine des *affections du vagin* et de la *vulve*, des *fissures vulvaires* et du *vaginisme* (observation empruntée à la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, juillet 1886).

Je ne ferai que signaler, malgré son intérêt, le chapitre III, consacré aux névralgies vésicales prémonitoires de *l'ataxie locomotrice* et à celles, moins connues, de la *paralysie générale*.

Le chapitre IV traite des rapports des cystalgies avec *l'hystérie*, la *chlorose*, *l'herpétisme*, la *goutte* et le *rhumatisme* et du groupe de plus en plus restreint des *cystalgies idiopatiques*.

Dans les chapitres V, VI et VII, l'auteur étudie successivement le *diagnostic*, le *pronostic* et le *traitement*. Ce dernier est exposé avec clarté et le cadre est à peu près rempli ; peut-être y aurait-il eu des choses intéressantes à ajouter

(1) J'ai eu récemment l'occasion de voir avec mon collègue de St-Lazare, M. Baudier, une malade atteinte de corps fibreux multiples de l'utérus qui remonte jusqu'à l'ombilic et mesure 15 centimètres à l'hystéromètre ; un des corps fibreux, développé dans la face antérieure de la matrice et plus gros qu'une orange, vient comprimer constamment la vessie, et cependant il n'existe aucun phénomène marqué du côté des voies urinaires en dehors de la période menstruelle. Pendant celle-ci, au contraire, la malade éprouve des douleurs horribles qu'elle localise nettement au niveau de la vessie et qui empêchent tout sommeil. Les premiers jours de l'écoulement, il se fait une rétention d'urine qui oblige à recourir au cathétérisme évacuateur ; la sonde est introduite alors sans difficulté et n'éveille qu'une légère douleur au moment où on franchit le col ; l'urine est normale. Les jours suivants, il existe encore de la cystalgie, mais sans rétention. Une fois les règles passées, tout rentre dans l'ordre. Il est évident pour moi, que, dans ce cas, la compression ne joue qu'un rôle très accessoire, puisqu'elle est permanente alors que la névralgie vésicale n'existe que pendant les règles. Il y a lieu de penser qu'il faut incriminer la congestion active qui se fait dans tous les organes du petit bassin et, en fait, la névralgie décroît à mesure que l'intensité de l'érection menstruelle diminue elle-même. J. B.

(2) Lépine. Rétention d'urine pendant la grossesse. Th. de Paris, 1877.

(3) Terrillon. *Bulletin de la Soc. de chir.*, 10 mars 1888.

(4) Monod. *Ann. de gynéc.* 1880, t. I, p. 167.

sur la kolpocystotomie, son historique et les divers procédés qui ont été proposés. On trouvera dans la pratique des maladies des femmes d'Emmet des renseignements complémentaires ; je signalerai aussi un mémoire très intéressant du docteur San Juan (de Mexico), paru le 27 décembre 1884 dans le *New-York médical Journal* sous le titre « Cystotomy for vesical tenesmes » où la théorie pathogénique de la contracture du col est vivement combattue. J'espère donner bientôt une traduction de ce dernier travail qui a malheureusement échappé aux recherches consciencieuses de l'auteur.

En résumé, la monographie de M. Chaleix-Vivie sur les névralgies vésicales est bien présentée et aussi complète que possible ; les faits sont bien classés, et le plan est excellent. Si donc j'ai fait quelques réserves et signalé quelques omissions, c'est moins pour faire des critiques toujours faciles quand il s'agit d'un travail de ce genre, que pour être utile à nos lecteurs et leur montrer que les éloges qui précèdent sont donnés en toute connaissance de cause. Cet ouvrage, dont la lecture est des plus profitables, a été honoré d'un prix de l'Académie de Médecine (prix Civrieux, 1887) et il le méritait à tous les points de vue. J. B.

Pharmacothérapie dosimétrique comparée, par le Commandeur Docteur Laura, professeur à l'Ecole de Médecine de Turin, traduite en français, par E. Gras, secrétaire de l'Institut dosimétrique (Paris, Ch. Chanteaud et Cie, 54, rue des Francs-Bourgeois ; 1 vol. de 700 pages. Prix : 6 francs.) — Dans ce livre, qui résume toute la science pharmaco-dynamique moderne des Alcaloïdes naturels, le savant professeur italien se montre médecin pratique et clinicien expert. Laissant aux traités spéciaux de chimie biologique et de physiologie expérimentale, les longues et incertaines discussions théoriques, M. Laura s'est surtout appliqué à faciliter aux médecins l'emploi de tous les alcaloïdes ; grâce à ce guide sûr dont l'autorité est universelle en Italie, et en profitant de son expérience acquise en plus de dix années, tous les médecins pourront se mettre au courant de cette question de l'alcaloïdothérapie, qui intéresse l'avenir de la thérapeutique et qui est encore si peu connue, malgré les efforts faits par le docteur Burggraeve et l'Ecole dosimétrique pour la vulgariser. Ce livre complète donc la série si bien commencée par les éléments de thérapeutique et de clinique dosimétriques du docteur d'Oliveira Castro, et le compendium dosimétrique du docteur Van Renterghem.

Applications du thermo-cautère suivies des préceptes généraux sur son emploi en médecine, par M. le Dr Dupuy (de Frenelle), chez Asselin et Houzeau, éditeurs de la Faculté de Médecine, Place de l'Ecole de Médecine, Paris.

Du chloroforme et de son administration, par le Dr Paul Boncour, ancien interne des hôpitaux, chez Adrien Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, Place de l'Ecole de Médecine, Paris.

Etudes de clinique médicale, par le Dr Henri Huchard, Médecin de l'hôpital Bichat, au bureau de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 18, rue Clément Marot, Paris.

Aphorisme sur l'hygiène de la première enfance, par M. F. Vidal Solarès, O. Berthier, éditeur, Boulevard Saint-Germain, 104, Paris.

Le Képhir ou champagne lacté du Caucase, par Kosta Dmitch, A. Davy, 52, rue Madame, et rue Corneille, 3, Paris.

De la suggestion et de ses applications à la pédagogie, par le Dr Edgar Bérillon. — Paris, 1888. (Bureaux de la *Revue de l'Hypnotisme* et Librairie Jacques Lechevallier.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

13. — Térébène dans le carcinôme utérin avancé. — Le carbure d'hydrogène est mélangé de parties égales d'huile d'olive ou d'amande. On en imbibe des tampons d'ouate qu'on applique sur les parties ulcérées, après avoir désinfecté le vagin au moyen d'une solution de permanganate de potasse ou d'eau chlorée. Les tampons sont maintenus en place au moyen d'un pansement *ad hoc*, lequel doit être changé tous les deux ou trois jours. Si l'appareil n'est pas trop volumineux, ses inconvénients sont nuls.

Ce mode de traitement est surtout à recommander quand toutes les ressources thérapeutiques ont échoué : il diminue les souffrances et prévient les émanations fétides, qui rendent si malheureux et la malade elle-même et tout son entourage.

(*Moniteur du praticien.*)

14 — Traitement du rachitisme. — (L. Duchesne). 1° Prendre tous les jours une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue blonde et une de sirop de gentiane ;

2° Faire le long du dos et des membres des frictions avec du gros vin ou de l'eau de mélisse jaune ;

3° Prendre tous les deux jours un bain salé.

15. — Oxyures vermiculaires chez l'enfant. — (Sydney Martins.)

Teinture de rhubarbe.............	3 gouttes.
Carbonate de magnésie............	20 centigr.
Teinture de gingembre............	1 goutte.
Eau	12 gr.

Cette dose doit être prise trois ou quatre fois par jour suivant l'effet produit sur l'intestin.

Je ne puis dire si la rhubarde agit comme vermicide ou simplement en détachant les oxyures et les faisant tomber dans le rectum, d'où ils sont expulsés avec les selles.

16. — Traitement de l'éclampsie (PAJOT). — Ne jamais faire l'accouchement prématuré.

Lorsque les accès débutent pendant le travail, faire le traitement médical et ne faire absolument rien, tant que l'orifice ne sera pas dilaté.

Quand l'orifice est dilaté, il faut débarrasser l'utérus de son contenu aussitôt qu'on pourra le faire sans aucune violence.

La délivrance se fera comme à l'ordinaire, et il faudra continuer le traitement médical après l'accouchement.

Plus les accès sont fréquents, plus on a de chances de mort, et réciproquement, moins les accès seront fréquents, plus on aura de chances de sauver les malades.

17. — Dyspepsie douloureuse de l'enfauce (BEDFORD-BROWN).

Mucilage de gomme...............	85 gr.
Bicarbonate de soude.............	65 centigr.
Chloroforme......................	10 gouttes.
Essence de térébenthine..........	3 gr. 50

Une cuillerée à café toutes les deux ou trois heures pour un enfant de six mois.

18. — Choléra infantile (WERTEIMBERG).

Décoction de racines de salep	60 gr.
Liqueur amère anisée..................	XXX gouttes.
Sirop simple..........................	15 gr.
Teinture d'opium............	*cinq à six* gouttes

M. S. A.

Une cuillerée à café toutes les heures. Bain sinapisé froid de 10 à 15

minutes matin et soir. Administrer, en même temps, le thé chinois, qui lutte contre la somnolence mortelle.

19. — Injection antiparasitaire pour le traitement de la blennorrhagie et de la blennorrhée des deux sexes. (A. DELPECH).

Peptone hydrargyrique ammonique...	0 gr. 04
Eau distillée........................	200 gr.

Faire une injection le matin et le soir, après avoir uriné, et de la façon suivante : 1° injecter une première fois la solution dans le canal sans retenir le liquide ; 2° répéter cette injection de la même manière ; 3° faire une injection qu'il faudra garder une à deux minutes. Opérer ainsi deux fois, matin et soir.

La solution doit, autant que possible, être préalablement chauffée au bain-marie, les injections chaudes ayant une bien plus grande efficacité, puisqu'elles dilatent la muqueuse et l'imprègnent mieux et partout du liquide antiparasitaire.

20. — Thérapeutique de l'avortement (DUBRISEN). — Quand l'avortement est devenu inévitable, qu'on ne peut plus empêcher la sortie de l'œuf, la meilleure thérapeutique est celle qui provoque l'expulsion la plus complète de tout le produit de la conception, en causant le moins de dommage à l'organisme maternel. L'auteur croit que la méthode expectante, qui consiste à attendre, à tamponner et à faire des irrigations très chaudes en cas d'hémorrhagie sérieuse, ne conduit nullement à ce résultat.

D'après ses observations, *la rétention de parties de la caduque vraie après une fausse couche qui s'est terminée spontanément ou qui a été traitée par tamponnement n'est pas l'exception, mais bien la règle.* Cette rétention peut avoir des suites très funestes pour la mère. Elle entraîne des hémorrhagies tenaces et épuisantes, constitue, lorsque l'œuf était déjà putréfié, un terrain éminemment favorable au développement des germes morbides, et produit une altération de la santé qui peut être de longue durée en

donnant naissance à une endométrite particulière, *l'endométrite post abortum*. L'endométrite chronique hyperplastique, avec pertes de sang abondantes, peut se ramener dans la plupart des cas à un avortement antérieur.

Abstraction faite même de ces suites éloignées de la rétention de membrane caduque vraie, on peut dire que dans la fausse couche traitée par l'expectation, la perte de sang est plus forte que dans l'intervention active. Les irrigations très chaudes ou très froides, le tamponnement même très serré n'y parent pas d'une façon complète.

Il n'est pas rare de constater, en enlevant les tampons, qu'il y avait derrière eux des caillots sanguins de la grosseur d'un poing.

Au contraire, quand on se décide pour l'évidement, l'hémorrhagie est minime et s'arrête dès que l'opération est finie. Celle-ci peut se faire du reste avec beaucoup de rapidité, surtout si on a recours à la narcose. La régression de l'utérus marche également plus vite sans hémorrhagie consécutive ou pertes lochiales abondantes et sanieuses qui sont les signes d'une involution défectueuse et que *Dohrn* considère comme les conséquences ordinaires de l'avortement abandonné à lui-même.

Un autre point qui a bien aussi son importance, du moins pour la classe pauvre, c'est la durée beaucoup plus longue de la fausse couche abandonnée à elle-même. Pendant tout ce temps la femme doit conserver le décubitus dorsal sous peine des plus graves complications. Qu'on songe à ce qu'il y a d'incommode et de douloureux dans le tamponnement, à l'inquiétude de la femme aussi longtemps qu'elle n'est pas délivrée du produit de sa conception, et qu'on compare à cela la rapidité avec laquelle se termine l'avortement dans l'intervention active et on n'hésitera plus dans le choix de la méthode, d'autant plus que la seconde n'implique pas de dangers plus grands que la première.

En résumé donc, hémorrhagie moindre pendant et après la fausse couche, involution plus rapide de l'utérus, endométrite post abortum évitée, commodité plus grande pour la patiente et le médecin avec absence presque absolue de dangers. Tels sont les avantages qui ont décidé l'auteur à en finir dans tous les cas de fausse couche en vidant d'emblée l'utérus de son contenu. Il intervient, d'une façon générale, dès que le col est perméable pour le doigt : quelquefois il faut agir, quand le col est encore fermé, parce que l'œuf est atteint de dé-

composition, ou qu'il y a une hémorrhagie menaçante. Il faut alors procéder à la dilatation rapide du col.

A l'encontre de la plupart des auteurs qui admettent qu'au début de la fausse conche, c'est d'abord la caduque vraie qui se détache de la paroi utérine et cela de bas en haut. Dührssen conclut de l'examen clinique et anatomo-pathologique des cas qu'il a observés, qu'au début des contractions utérines, c'est la partie placentaire de l'œuf qui se détache la première, et ensuite seulement la caduque vraie, et toujours de haut en bas. Des fragments de cette caduque restent très fréquemment dans l'utérus quand on n'intervient pas ou qu'on se contente de tamponner. On reconnait facilement cette rétention en examinant l'œuf, à la surface duquel il n'y a que peu de débris de la caduque vraie, et mieux encore en introduisant la curette dans l'utérus.

Le doigt ne peut alors détacher de l'utérus les fragments qui y restent que d'une façon très incomplète : la curette convient beaucoup mieux : elle détache la caduque comme le fait la nature, c'est-à-dire dans la couche glandulaire profonde.

Par contre, d'après l'auteur, la curette est un mauvais instrument pour enlever les morceaux de placenta qui pourraient être restés attachés à la paroi utérine, à moins toutefois qu'ils n'aient subi un commencement de décomposition. Elle passe par-dessus sans les détacher et en produisant le même bruit qu'en grattant sur la paroi utérine. C'est pourquoi, à partir du troisième mois, l'auteur conseille une intervention combinée, c'est-à-dire, l'enlèvement manuel de l'œuf entouré de caduque sérotine et réfléchie, et l'enlèvement de la caduque vraie avec la curette. Dans les deux premiers mois, au contraire, la curette seule suffit.

Ann. Société méd. ch. Liège. (Dr F. FRAIPONT).

***

21. — Glycérolé contre le prurit vulvaire (P. MÉNIÈRE, d'Angers).

Oxyde de zinc....................	6	grammes.
Bromure de potassium............	10	—
Extrait de chanvre indien.........	2	—
Glycérolé d'Amidon..............	30	—

F. s. a. — Les applications de ce glycérolé doivent être précédées

de lotions d'eau de tilleul extrêmement chaudes. — Lorsque le prurit vulvaire s'accompagne d'acné, l'auteur prescrit, matin et soir, des applications de savon noir mou, pendant une demi-heure, puis des lotions avec une infusion de thé noir concentrée et aussi chaude que possible.

22. — **Du traitement de la vaginite et de l'endométrite blennorrhagiques**, par Brose (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 45, nov. 1887). L'auteur, d'après les préceptes de Rheinstadter, traite le catarrhe utérin, surtout le catarrhe blennorrhagique, par des cautérisations intra-utérines faites au moyen du chlorure de zinc (chlorure de zinc et eau distillée āā). Il pense, comme Rheinstadter, qu'en présence d'un catarrhe du col, on n'est jamais sûr que la muqueuse utérine ne soit pas comprise dans le même processus inflammatoire et qu'on se trouve dans la nécessité de cautériser non seulement le canal cervical, mais aussi la muqueuse intra-utérine. Il est un fait, c'est que les érosions et l'endocervicite guérissent avec une rapidité étonnante, lorsqu'on a eu soin de toucher toute la muqueuse utérine avec la solution indiquée plus haut, et ce sont précisément les endométrites blennorrhagiques, si rebelles à tout autre traitement, qui sont le plus favorablement influencées par ces cautérisations.

Brose cite un cas d'une endométrite blennorrhagique existant depuis huit ans, qui fut guérie par seize cautérisations intra-utérines. Dans la plupart des cas, dix à douze cautérisations suffisent.

Les bâtonnets d'iodoforme n'auraient pas, d'après l'auteur, d'action marquée sur l'endométrite blennorrhagique; par contre, ils agiraient très favorablement sur la vaginite blennorrhagique; c'est ainsi que la poudre d'iodoforme dont on saupoudre le vagin, ou bien plus encore le tamponnement à la gaze à l'iodoforme, donnerait des résultats très satisfaisants; il arriverait ainsi qu'au bout de 4-5 jours, lorsqu'on retire le tampon, on constaterait parfois du premier coup la guérison complète de l'affection.

23. — **Traitement de la blennorrhagie chez la femme.** — La blennorrhagie chez la femme n'est pas un accident sans impor-

tance ; si elle n'est pas traitée ou si elle est à demi traitée, elle se propage inévitablement du vagin à l'utérus, de là aux trompes, aux ovaires, au péritoine. Le Dr Grandin qui, d'après les *Annales de dermatologie et de syphil.*, trace ainsi un tableau des plus sombres des complications de la blennorrhagie, est d'avis qu'il faut attaquer vigoureusement l'affection, lorsqu'elle est encore cantonnée dans le vagin ; il se sert de préférence du sublimé, de la créosote ou du nitrate d'argent, c'est-à-dire des trois substances qui, d'après certaines recherches, sont efficaces contre le gonococcus.

Ordinairement il procède de la manière suivante, lorsqu'il a reconnu une vaginite aiguë : il introduit le spéculum cylindrique le plus volumineux qui puisse pénétrer, après insensibilisation préalable, au besoin, par la cocaïne. Le vagin et le col utérin nettoyés, il badigeonne d'abord la cavité du col à l'aide d'une solution de nitrate d'argent à 2 pour 30 à peu près, puis il verse dans le spéculum une cuillerée à thé de la même solution et retire doucement l'instrument, de façon à mettre le liquide en contact avec toutes les parois vaginales. Arrivé à la vulve, il renverse le spéculum et fait écouler dans un bassin l'excès de la solution.

Le spéculum est réintroduit ensuite, dans le but de placer un ou deux tampons enduits de vaseline dans le vagin ; ces tampons restent vingt-quatre heures en place. Quand elle les enlève, la malade doit bien se laver le vagin avec une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à 1/2 pour 100. La vulve et l'urèthre sont également badigeonnés, mais avec une solution plus faible à 1 pour 50 approximativement.

Ce traitement énergique aurait des suites excellentes : l'opération aurait même rarement besoin d'être répétée, quand on y a recours dès le début du mal. Après cinq ou six jours, il ne persisterait plus que des symptômes d'inflammation simple. Au reste, l'emploi de ces solutions fortes de nitrate d'argent serait exempt de tout inconvénient.

(*Revue de thérap.*)

24.— Quelques traitements antiseptiques de la diphthérie pharyngée. — I. *Méthode de* M. Gaucher. — 1° Frictions vigoureuses des surfaces recouvertes de fausses membranes avec un pinceau taillé en brosse et imbibé d'une solution d'acide phénique et de camphre dans l'alcool. Eviter la chute dans le larynx des gout-

tes de ce liquide très caustique et répéter la friction trois ou quatre fois de suite, malgré la douleur vive éprouvée par le malade.

Ces frictions sont bi-quotidiennes.

2° Dans leur intervalle : irrigations avec la solution phéniquée au $\frac{1}{100}$.

Les inconvénients de cette méthode sont la violence de la douleur, l'intensité de la réaction inflammatoire et la gêne consécutive de la déglutition.

II. *Traitement de* Bouffé. — 1° Administrer toutes les deux heures une cuillerée à café de la mixture suivante :

Jus de citron..	200 grammes
Sulfate de soude..............	} ââ 5 —
Chlorure de sodium...........	}
Saccharate de chaux...........	3 —
Phénate de soude..............	XXV gouttes.
Miel..........................	3 grammes.
F. s. a.	

2° Se gargariser avec cette mixture.

III. *Traitement d'*Osieki. — 1° Badigeonnages des régions malades avec une mixture contenant :

Teinture de ratanhia...........	10 grammes
— de benjoin...............	5 —
— d'aloès..................	3 —

2° Après chaque attouchement, insufflations de la poudre composée suivante :

Soufre sublimé	} ââ 5 grammes.
Chlorate de potasse...	}
Tannin.......................	1 gr. 50.

IV. *Traitement par les antiseptiques combinés.* — 1° Badigeonnages avec une solution alcoolique de sublimé à 1/1000 (Kaulich). On répétera quatre fois par jour ces applications.

2° Irrigations avec une solution d'acide borique à 1 % dans l'intervalle des badigeonnages (Hutinel).

3° A l'intérieur, administrer par cuillerées à café, d'heure en heure,

la potion Letzirich, au benzoate de soude, dont la dose variera de 5 à 10 grammes, suivant l'âge des enfants. On la formulera ainsi :

Eau distillée..................	} àà	40 grammes.
Eau de menthe...............		
Benzoate de soude............		10 —

Letzerich formule ainsi :

Benzoate de soude......	5 à 15 gr. suiv. l'âge.
Dissoudre dans l'eau....	q. s.

Puis ajouter :

Eau distillée de menthe poivrée..	50 grammes.
Sirop d'écorce d'orange.........	10 —

Administrer par tiers de cuillerée à soupe toutes les heures.

Ces médications doivent être associées avec l'administration de l'alcool, du café, une alimentation variée et l'asepsie atmosphérique de la chambre où le malade séjourne. En résumé, le traitement par les mercuriaux est le plus antiseptique, sinon le plus exempt de dangers. (*Revue gén. de Clin. et de Thérap.*

***

25. — Dysménorrhée (Gines et Ménière).

Teinture de piscidia erythrina............	} àà	10 gr.
Teinture de viburnum prunifolium.......		
Eau distillée de menthe......	} àà	150 gr.
Eau distillée de mélisse.................		
Sirop simple...........................		60 gr.
M.		

Pour en prendre quatre ou cinq cuillerées à soupe par jour.

Les douleurs sont-elles modérées, trois cuillerées à bouche par jour suffiront. Si elles sont violentes et revêtent la forme d'accès décrits par Ménière sous le nom de crises *pré* ou *post-menstruelles*, on administrera une cuillerée à bouche toutes les heures et si le calme ne survient pas rapidement, on prescrira concurremment le lavement suivant :

Infusion de valériane...............	80 gr.
Décoction de pavot......	30 gr.
Jaune d'œuf........................	N° 1
Antipyrine.........................	1 à 3 gr.

F. S. A. Émulsion pour lavement *a administrer chaud et à conserver.*

26. — Hémorrhoïdes douloureuses (KINNARD).

Huile d'olive......................	2 parties.
Extrait d'ail.......................	1

M. — Pour onctions.

27. — Traitement de l'entérite cholériforme chez les enfants (CAYLA).

Le Dr Cayla conseille d'ajouter au lait additionné d'eau de chaux, aux lavements amidonnés, à l'eau albumineuse, les deux potions suivantes qui seront administrées alternativement d'heure en heure par cuillerée à café :

1° Teinture de noix vomique.........	III gttes.
Sirop de ratanhia................	15 gr.
Sirop de coings..................	15 gr.
Eau distillée.....................	40 gr.

Mêlez.

2° Bromure de potassium............	0 gr. 50
Sirop de belladone...............	15 gr.
Sirop de menthe.................	15 gr.
Eau distillée.....................	40 gr.

Mêlez.

La noix vomique relève la contractilité de la fibre musculaire, le coing et le ratanhia agissent comme astringents ; le bromure de potassium et la belladone arrêtent la sécrétion exagérée des glandes de l'appareil gastro-intestinal.

Dans les vingt-quatre heures le vomissement s'arrête, la diarrhée diminue et au bout de deux à trois jours la guérison est assurée.

28. — Traitement de la coqueluche. — M. W. F. Cory a recommandé récemment le *sulfate de quinine* à l'intérieur dans le traitement de la coqueluche. Depuis lors, M. C. V. Suckling l'a constamment employé dans son service à l'hôpital des enfants. Auparavant, il avait prescrit l'alun, les bromures, l'ipécacuanha, etc. ; aucun de ces médicaments ne lui avait donné de résultats bien satisfaisants. Il a conservé des notes sur 23 cas traités par l'acide phénique : 3 centigrammes dans l'eau distillée de menthe poivrée forment une dose suffisante pour un enfant de 1 an ; la dose augmente avec l'âge. Dans 20 cas, le soulagement fut notable, le nombre et la gravité des paroxysmes diminuèrent ; aucun d'eux ne dura plus de quinze jours. (*Brit. med. Journ.*, july 24, 1886, et *Paris médical.*)

— Bachen, au contraire, revient sur une méthode employée dès 1868, par le professeur Binz : l'emploi de doses élevées de quinine.

Différents cas furent soignés par Bachen par les insufflations de sulfate de quinine dans le nez ; les résultats furent surprenants. Le cas le plus intéressant est relatif à un enfant de 2 mois, chez lequel la toux existait depuis quinze jours, avec dix à douze accès par jour et six à huit dans la nuit, accompagnés de phénomènes de suffocation ; au bout de quelques jours, les accès diminuèrent de longueur et d'intensité, et la guérison fut complète au bout de trois semaines. Les cas guéris jusqu'alors par ce moyen sont au nombre de 16. Dans la plus grande partie d'entre eux, la guérison survint au bout de trois semaines ; dans les cas les plus graves, après quatre à cinq. Pour les insufflations, l'auteur s'est servi du chlorhydrate de quinine, mélangé à la poudre de gomme arabique dans la proportion de 1 à trois, et en prenant pour chaque inhalation 20 centigrammes du mélange. L'insufflateur est muni d'un ajutage de caoutchouc en forme de gland qui s'adapte aisément à l'ouverture nasale des enfants. On fait deux insufflations en vingt-quatre heures. La plus grande partie des enfants tolèrent bien cette méthode. Finkler s'exprime de la sorte dans une communication sur ce sujet : « L'amélioration est rapide ; les accès deviennent plus rares et moins graves, et la maladie dure environ trois semaines, à partir du jour où l'inhalation fut commencée. (*Centralbl. für klin. Medicin*, n° 24, juin 1886, et *Paris médical.*)

***

29. - Extrait de Viorne (*Viburnum prunifolium*) **contre l'avortement.** OBSERVATION RÉSUMÉE. — Mme X., 30 ans, de forte constitution et sans antécédents, bien réglée, eut successivement trois fausses couches à sept mois et à six mois (cette dernière grossesse était gémellaire). Un examen minutieux ne révéla rien d'anormal dans la matrice ni dans l'état général. Devenue de nouveau enceinte, Mme X. prit alors pendant six mois, trois fois par jour, une pilule contenant 2,5 centigr. d'extrait de Viorne. L'accouchement eut lieu à sept mois, amenant un enfant mâle vivant qu'elle ne put nourrir et qui mourut à quatre mois. En janvier 1887, nouvelle grossesse et pendant tout le temps de la gestation le traitement fut repris comme précédemment. Le 23 octobre, accouchement normal d'une forte fille qui fut nourrie avec un plein succès. Actuellement mère et enfant sont en parfaite santé. (*Brit. med. J.*, 26 novembre 1887. *Revue médicale de l'Est.*)

30. — Antisepsie intra-vaginale, par HALLIDAY CROOM (*Edinburgh medical Journal*, 1887, p. 979).

L'antisepsie intra-vaginale est aujourd'hui bien connue ; toutefois, l'importance du sujet justifie toute nouvelle publication.

Le Dr Halliday Croom, l'accoucheur bien connu d'Edinburgh, pose comme indication des lavages intra-utérins dans les neuf cas suivants :

1° Les lochies fétides avec élévation de température ;

2° L'expulsion incomplète du placenta ;

3° La rétention des membranes ;

4° L'accouchement d'un fœtus macéré ;

5° La lenteur de l'involution utérine due à la rétention des caillots ;

6° La septicémie survenant tardivement pendant le post-partum ;

7° Les cas de flexion utérine marquée amenant la rétention des lochies ;

8° Quand, après un avortement, on a dû procéder au curettage de l'utérus ;

9° Toutes les fois que la main a dû être introduite dans la cavité utérine.

Personne ne songe plus à discuter aujourd'hui la valeur des injec-

tions intra-utérines comme moyen prophylactique de la septicémie, mais il n'en est pas de même quand on les emploie comme moyen curatif.

A quoi bon, objecte-t-on, laver l'utérus quand les microbes ont pénétré dans l'économie ? Il est trop tard.

Il n'est jamais trop tard pour tenter ces injections ; car, s'il est exact que les microbes ont pénétré dans le torrent circulatoire, leur source n'en est pas moins à la surface utérine. Les microbes ne se développent pas dans le sang, dont le continuel mouvement est contraire à leur pullulation, mais le sang vient constamment les puiser à la surface utérine.

Freeland Barbour a fait à ce sujet la comparaison suivante : si, dans une ville, vous voulez tarir le gaz dans toutes les conduites, le plus sûr moyen sera d'agir contre le générateur central, de l'arrêter à sa source. Il en est de même pour les microbes, où le générateur est constitué par l'utérus.

L'antisepsie la meilleure dans ces cas est celle qui nettoie complètement la surface utérine.

L'auteur insiste avec raison pour que le lavage intra utérin soit aussi complet que possible, une véritable irrigation. Il ne faut pas se contenter, comme beaucoup de timides le font, d'un simulacre d'injection, dans lequel on n'introduit pas la canule plus loin que l'orifice interne.

Pour arriver à ce but, H. Croom exige que, pour cette première injection, la malade soit anesthésiée par le chloroforme. C'est peut-être aller un peu loin ; on peut consciencieusement laver un utérus sans endormir la patiente.

Quant au choix de l'antisepsique, Croom le limite entre l'acide phénique et le sublimé corrosif. Il reconnaît que le sublimé corrosif est le plus énergique, mais aussi le plus dangereux. Les cas dans lesquels il a produit des accidents d'intoxication légère, grave ou mortelle, sont loin d'être rares aujourd'hui. Il faut employer la solution à 1/4000 ou 1/5000. Le sublimé corrosif doit être laissé de côté quand les reins sont malades, ou quand il existe une blessure sérieuse des organes génitaux par laquelle l'absorption pourrait se faire.

La seule contre-indication aux lavages utérins serait, d'après l'auteur, l'inflammation péri-utérine ; le microbe a alors quitté la surface utérine pour occuper le paramétrium, où il se reproduit librement. La thérapeutique intra-utérine, appliquée dans ces circonstan-

ces, n'aurait qu'une influence malheureuse, en activant l'inflammation du voisinage.

(Analyse par Auvard, *Bul. de Thérap.*)

⁂

31. — Traitement des polypes fibreux de l'utérus. — D'une leçon clinique de M. Segond sur le traitement des polypes fibreux de l'utérus, nous extrayons les passages suivants :

Les *indications* de l'intervention opératoire sont bien simples. Toutes les fois qu'on est en présence d'un polype, il faut opérer. Ne comptez pas sur l'accouchement spontané qui a sans doute été observé, mais exceptionnellement, car cette expectative serait probablement suivie de la mort par septicémie.

Quant aux *contre-indications*, elles sont au nombre de deux ; 1° Le polype est absolument inclus dans la cavité utérine, et le col est intact. Dans ce cas, il faut patienter et attendre que les progrès de l'affection aient effacé le col pour intervenir ; 2° La malade est en état de grossesse. Pour moi, quelles qu'aient été les opinions contradictoires émises à ce sujet, je suis partisan en pareil cas de l'abstention.

Comment procédera-t-on à l'opération ?

Bien entendu, il faudra recourir aux règles d'une antisepsie absolue.

Ceci fait, deux cas se présenteront :

1° Le polype est dans l'utérus : le col est effacé, mais non complètement dilaté.

Fendez le col sur les deux parties latérales avec une paire de ciseaux et ouvrez ce col. Après l'ablation du polype, vous ferez la suture et la réparation de votre débridement.

2° Le polype est entre les lèvres dilatées du col. Ici, vous pouvez procéder d'emblée à l'opération. Abaissez l'utérus, dont vous ferez soutenir le fond par un aide ; mais, pour procéder à cet abaissement, amarrez toujours vos moyens de traction sur le col, et jamais sur le fibrôme. Si vous employez ce dernier procédé, préconisé cependant par divers auteurs, vous risquez de provoquer une inversion utérine, et quand alors il s'agira de sectionner le pédicule, vous serez grandement exposés à couper le fond de l'utérus et à ouvrir le péritoine.

Ceci fait, introduisez les doigts dans le fond de la matrice, déter-

minez soigneusement le point d'implantation du fibrome, et coupez le pédicule avec des ciseaux courbes.

Si cette manœuvre n'est pas possible par suite du volume du fibrôme, servez-vous des divers écraseurs et serre-nœuds que renferme l'arsenal chirurgical. L'écraseur de Chassaignac me paraît le plus pratique, à condition de choisir un modèle léger, délicat, et non un de ces instruments volumineux que l'on nous présente trop souvent.

La chaîne de l'écraseur peut être passée au-dessus du pédicule au moyen de divers artifices.

Le plus souvent, il suffit de se servir de ses doigts. Il n'y a pas un grand inconvénient à ce que la chaîne soit placée trop bas : car si l'on a laissé une très petite portion du pédicule, elle s'élimine d'elle-même ; si au contraire on en a laissé une plus grande portion, il est facile de la sentir et de l'abraser avec des ciseaux.

Signalons certaines difficultés qui peuvent venir gêner notre action. Dans quelques cas, le polype remplit absolument le vagin, et il est impossible de faire pénétrer aucun instrument. Il s'agit alors d'entailler, de morceler ces tumeurs. Divers procédés ont été préconisés. M. Collin vient de construire, sur mes indications, une espèce de céphalotribe que je compte vous présenter prochainement. Avec cet instrument on pourra réduire le volume du polype, et une fois que les instruments et les doigts pourront passer, on agira comme précédemment.

(*France médicale*, 14 janvier 1888.)

FORMULAIRE

Du traitement de la dysménorrhée membraneuse (endométrite exfoliante) par le tamponnement intra-utérin (F. Chéron).

La dysménorrhée membraneuse est une affection tellement rebelle et tellement pénible qu'on ne saurait trop s'ingénier à chercher de nouveaux moyens de la traiter.

Les dilatations répétées du canal cervical, le raclage progressif destiné à modifier, par voie réflexe, la circulation de l'utérus ; enfin le curettage profond suivi de lavages intra-utérins et d'injections iodées représentent un ensemble de moyens thérapeutiques qui peuvent amener la guérison radicale, ainsi que j'en ai publié un exemple. On comprend leur utilité dans la dysménorrhée membraneuse, puisque

les recherches histologiques contemporaines ont démontré que cette affection n'est autre chose qu'une endométrite interstitielle, et que l'exfoliation menstruelle de la muqueuse utérine est uniquement due aux altérations inflammatoires dont nous parlons.

Malheureusement le curettage est une opération sérieuse qui n'est pas à la portée de tous les médecins, et peut-être serait-il possible de guérir la muqueuse sans être forcé d'y recourir. Les résultats que j'ai obtenus, dans ce cas, avec le drainage de la cavité utérine, me permettent cette assertion.

Le tamponnement de l'utérus par la gaze iodoformée constitue à la fois une méthode de drainage et un moyen de porter un topique cicatrisant et antiseptique au contact de la muqueuse ; aussi est-il tout indiqué dans l'endométrite exfoliante.

Voici comment on doit opérer :

La malade est placée dans la position de la taille qui fait prendre à l'utérus l'axe du vagin ; le col est mis à nu à l'aide de mon spéculum à crémaillère qu'on ouvre aussi largement que possible.

On pratique une dilatation puissante du canal cervical sous un courant d'eau chaude antiseptique, suivant le procédé indiqué dans un des derniers formulaires.

On fixe le col avec une pince américaine sans l'abaisser.

Des languettes de gaze iodoformée de 3 centimètres de large sur un mètre de long ont été préparées à l'avance ; l'extrémité de l'une d'elles est introduite jusqu'à l'orifice interne au moyen d'une pince à mors étroits ; on la pousse doucement jusqu'au fond de l'organe avec un hystéromètre pendant qu'un aide tient l'extrémité opposée.

On introduit deux à trois de ces languettes jusqu'à ce que l'utérus en soit bourré complètement.

Un pansement glycériné est appliqué sur le col avant de retirer le spéculum.

Au bout de 24 heures, on retire le tampon qu'on pourra renouveler plusieurs fois pendant la période intermenstruelle.

Sous l'influence de ce tamponnement il se fait une adhésion nouvelle de la muqueuse et une modification de l'état vasculaire sous-muqueux qui ne permet plus les poussées apoplectiformes qui détachent, chaque mois, la muqueuse utérine.

J. C.

Directeur-Gérant, D[r] J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. PSEUDO-PÉRITONITE HYSTÉRIQUE.

II. COLIQUES HÉPATIQUES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT. — RÉFLEXES HÉPATIQUES D'ORIGINE UTÉRINE.

I. — Le gynécologiste doit moins que tout autre se désintéresser des études qui se publient tous les jours sur l'hystérie avec laquelle il a si souvent à compter dans la pratique. Ce n'est pas que l'on doive rattacher, ainsi que certains le voudraient faire, un grand nombre de cas d'hystérie à une perversion des fonctions ovariennes, (opinion combattue à plusieurs reprises ici même), mais c'est que l'hystérie expose à de nombreuses erreurs de diagnostic et de pronostic qu'il faut connaître. A ce point de vue, je signalerai avec plaisir à nos lecteurs un mémoire de M. Huchard (1) sur *l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides* ; il y a beaucoup à apprendre dans cet intéressant travail d'un clinicien distingué.

Je citerai en particulier les lignes suivantes :

« Une hystérique est atteinte de métrite ou de simple congestion utérine, et aussitôt éclatent des accidents de péritonisme (ou *pseudo-péritonite hystérique*) avec accompagnement de tym-

(1) Henri Huchard. — Etudes de Clinique médicale. Paris 1888 (Bureaux de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*).

panite intestinale, de douleurs vives sur le trajet des nerfs lombo-abdominaux et sur les apophyses lombaires, d'hyperesthésie cutanée abdominale et même de vomissements. On croit à une péritonite et cependant il n'y a pas de fièvre, pas d'altération des traits, aucun retentissement sur l'état général. Il ne s'agit, en réalité, que d'une pseudo-péritonite, car bientôt cet orage passager se calme et tout rentre dans l'ordre. »

Il est probable que tous ceux qui s'occupent de gynécologie ont eu l'occasion de vérifier l'exactitude de cette description. Pour ma part, j'ai eu, il y a un an environ, un moment d'inquiétude à propos d'un fait de ce genre.

Un jour, à huit heures du matin, on vint me chercher en toute hâte pour voir une malade que je soignais, rue Custine, pour une subinvolution avec endométrite chronique et double ectropion du col et à laquelle, la veille, j'avais pratiqué une dilatation du canal cervical. On m'expliquait qu'elle avait été prise, pendant la nuit, de douleurs de ventre épouvantables, que l'abdomen s'était gonflé, était devenu dur et très sensible au moindre attouchement, qu'il y avait eu des vomissements verdâtres très abondants, en un mot tous les symptômes d'une péritonite. Les craintes étaient d'autant plus vives que la malade avait déjà eu une péritonite grave, disait-elle, et que cela avait commencé comme dans la crise actuelle. Je me rendis sans tarder, rue Custine, me demandant si ma dilatation n'aurait pas réveillé une vieille pelvi-péritonite... Cependant, je n'avais mis aucune violence dans mon intervention et je croyais être sûr de l'asepsie de mon instrument... Je savais bien que la malade, qui avait eu des attaques d'hystérie en ma présence, exagérait tous les phénomènes qu'elle éprouvait, mais je n'étais pas absolument tranquille. Naturellement, on disait que ma dilatation de la veille était cause de tout le mal, ce qui n'était pas fait pour me rassurer... J'arrive ; je vois d'abord la malade, les traits rouges et animés comme d'habitude ; pas trace de faciès abdominal. Je prends le pouls : la peau n'est pas chaude, le nombre de pulsations est de 80... Je commençais à respirer ! J'examine le ventre, qui est en effet gonflé et très sensible au toucher ; mais,

chose importante, une pression profonde n'était pas plus douloureuse qu'un attouchement léger ; cependant le ventre était trop tendu pour me permettre d'avoir une certitude. Je pratique le toucher vaginal, et je trouve l'utérus très mobile comme la veille. En présence de cet ensemble de symptômes : pas de fièvre, pas de modifications du pouls, absence de pelvi-péritonite, je n'hésitai pas à rassurer la malade. Une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine suffit à calmer assez rapidement les douleurs et alors je pus déprimer le ventre au-dessus du pubis et m'assurer qu'il n'y avait pas plus de péritonite que de périmétrite. Les vomissements et la tympanite abdominale cessèrent du reste promptement et l'événement vint confirmer mon diagnostic.

II. — Dans la publication de M. Huchard que je citais tout à l'heure, il y a des pages excellentes consacrées aux coliques hépatiques et aux coliques néphrétiques de la grossesse et de l'accouchement. Je ne puis malheureusement citer ici que les principales conclusions de ce mémoire. Les voici :

« La grossesse et l'accouchement sont souvent le point de départ de crises hépatiques.

» Les observations démontrent une relation de cause à effet entre la grossesse ou l'accouchement et la production de coliques hépatiques.

» Les erreurs d'alimentation et de régime, la vie sédentaire, la suppression de la lactation, la compression du foie, jouent un rôle secondaire dans la production des coliques hépatiques de la grossesse et de l'accouchement. Mais la cause prédisposante et capitale est toujours la diathèse arthritique dont les manifestations sont mises en jeu par l'état gravide ou l'état puerpéral. »

Ce n'est pas seulement pendant la grossesse ou la période puerpérale que l'utérus peut retentir sur le foie. Aran (1) a rapporté un certain nombre de cas de coliques hépatiques en rapport avec la métrite chronique. Bennet (2) a signalé les conges-

(1) Aran, p. 141.

(2) Bennet. *Inflammation de l'utérus*, trad. par M. Peter, 1861, p. 119.

tions aiguës du foie et les coliques bilieuses qui surviennent au moment des règles chez les malades dont l'appareil utéro ovarien est fortement congestionné. De même Tilt (1), dans son traité de la ménopause traduit par M. Fauquez et annoté par mon maître le Dr Chéron, a publié deux cas de jaunisse à répétition au moment de la ménopause et dit qu'il a observé des accidents analogues chez des jeunes filles à la suite de suppression brusque des règles. On trouvera, dans les *Diseases peculiar to women* de Hodge (2) des observations intéressantes d'hépatolgie simulant les coliques hépatiques, mais sans phénomènes bilieux et sans ictères de la peau, des conjonctives ou des urines. Enfin, parmi les deux faits publiés par mon savant maître (3), le second surtout est particulièrement intéressant en ce que des crises atroces de coliques hépatiques avec ictère survenant, à chaque époque, chez une jeune fille qui souffrait d'une rétention menstruelle, par atrésie du canal cervical, cessèrent aussitôt qu'on eut créé une voie artificielle à l'écoulement des règles. Chez une autre malade, douze cent soixante calculs biliaires s'étaient formés à la suite d'une suppression brusque de la menstruation et furent éliminés par plusieurs fistules cutanées.

J'ai conservé le souvenir d'un cas d'entérorrhagie lié à une congestion chronique du foie, chez une malade atteinte d'endométrite, que M. Chéron présenta à sa clinique il y a quelques années; cette observation instructive mériterait mieux qu'une simple indication; malheureusement elle ne saurait trouver place dans cette revue déjà longue.

J. B.

---

(1) Tilt. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, septembre 1885.

(2) Hodge. *Diseases peculiar to women*, p. 189.

(3) Chéron. Désordres graves des fonctions biliaires causés par la suppression brusque et la rétention des règles, in *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, septembre 1880.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr Chéron.

De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

HUITIÈME LEÇON

LES VALVULES CERVICALES, LES DÉCHIRURES DU COL ET LES ECTROPIONS

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service.

Sommaire. — La 1re période de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical est constituée par l'endo-cervicite étudiée dans les leçons précédentes; la 2e période est caractérisée par les ectropions du col.

Les *valvules cervicales* sont des replis transversaux qui occupent toute la largeur d'une des parois du canal cervical. — On les diagnostique par le cathétérisme : procédé à mettre en usage.

Importance des valvules cervicales : elles indiquent une poussée subaiguë qui décolle de plus en plus la muqueuse des tissus sous-jacents ; elles sont le prélude de l'ectropion.

Il existe *deux variétés d'ectropion* : l'ectropion par prolapsus de la muqueuse du canal cervical et l'ectropion par renversement des lèvres du col.

Histoire des *déchirures du col* comme étude préliminaire des ectropions par renversement.

Historique. — La première description est due à Roser (de Marbourg) (1861), mais c'est à Emmet (de New-York) (1869) que revient l'honneur d'avoir compris l'importance des déchirures du col, d'avoir étudié leur rôle comme facteur d'affection utérine et d'avoir imaginé un mode de traitement rationnel. Abus de l'opération d'Emmet en Amérique.

Etiologie. — Fréquence des fissures de l'orifice externe pendant la grossesse, chez les primipares, d'après Nieberding. Il est probable que tout accouchement à terme détermine des déchirures du col, surtout s'il est induré, si l'expulsion est trop rapide, si l'on est contraint de recourir au forceps. Cependant la majorité des déchirures se cicatrisent sans accidents : 3J à 33 % seulement persistent d'après Mundé et Emmet.

Fréquence des déchirures médianes, leur cicatrisation habituelle ; rarement elles donnent lieu, l'antérieure à une variété de fistule vésico-vaginale, et la postérieure à une rétroversion rebelle.

Moins communes, les déchirures latérales sont aussi celles qui guérissent avec le plus de difficultés et par suite avec lesquelles on a le plus souvent affaire. — Déchirures étoilées.

Pourquoi la majorité des déchirures du col guérissent facilement. Comparaison avec les débridements par l'instrument tranchant.

Théorie d'Emmet mettant en cause l'empoisonnement du sang, l'existence d'une cellulite pelvienne qui déroule les lèvres du col. Accrochement de la lèvre postérieure sur le plancher vaginal par suite de l'abaissement dû à la sub-involution de l'utérus et rétroversion légère qui entraîne la lèvre antérieure dans une autre direction.

Discussion de cette théorie qui ne peut expliquer tous les cas, la cellulite n'existant que dans le 1/5e des cas, l'abaissement et la rétroversion manquant dans beaucoup d'autres.

Les ectropions de la grossesse existant chez les 2/5 des primipares d'après Niederding, il est plus logique d'admettre l'antériorité de l'endo-cervicite que l'accouchement vient aggraver mécaniquement et par infection, d'où valvule cervicale écartant les deux lèvres du col et empêchant la réunion primitive. Prolifération de l'épithélium du canal cervical empêchant la réunion secondaire.

Il n'y a pas de symptomatologie précise des déchirures du col, sauf lorsque les angles de la déchirure se cicatrisent vicieusement (*ectropion cicatriciel douloureux de Roser*). Troubles réflexes dus à cette variété de déchirures : les convulsions épileptiques dans le cas de Sutton, les névralgies faciales et le tic douloureux de la face dans les cas d'Emmet. Une observation d'hémoptysies supplémentaires des règles dans les mêmes conditions (Chéron).

Les symptômes donnés comme indices des déchirures ordinaires sont sous la dépendance des lésions concomitantes : tels sont la stérilité, la difficulté de la marche et de la station debout, les irrégularités de la menstruation, etc., etc.

Diagnostic des déchirures du col. — Difficultés du diagnostic par le toucher dans quelques cas où l'orifice externe semble être intact malgré l'existence d'une grande déchirure bi-latérale ; nécessité de rechercher le renversement des lèvres du col qui donne à celui-ci la forme en champignon caractéristique.

Examen au spéculum. — Utilité des valves de Sims et manœuvre des ténaculums pour reformer le canal cervical. — Plus grandes difficultés avec le spéculum bivalve ordinaire. Le spéculum à crémaillière permet, dans les cas douteux, d'exécuter la manœuvre des ténaculums. On doit bannir les spéculums pleins pour le diagnostic des déchirures du col.

(*A suivre.*)

Messieurs,

Il peut se faire que la muqueuse cervicale enflammée reste plus ou moins longtemps contenue tout entière dans la cavité du col ; c'est l'endométrite cervicale telle que nous l'avons étudiée jusqu'ici et dont je vous exposais le traitement dans la dernière leçon. Le plus ordinairement, cependant, les choses se passent

d'une autre façon, et l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical ne s'arrête pas à sa première période ; elle se continue au contraire et, franchissant les limites de l'orifice externe, elle vient se révéler au grand jour en s'étalant en quelque sorte sur les lèvres du col. Nous arrivons ainsi à la seconde période de l'affection : aux ectropions du col, ou mieux, de la muqueuse du canal cervical.

Peut-on prévoir ce nouveau phénomène pathologique ou survient-il insidieusement et sans que rien ne permette de l'annoncer ? Les auteurs sont muets sur cette question et il y a là une inconnue qu'il est intéresssant de dégager.

Il ne se passe guère de semaines sans que j'aie l'occasion de vous montrer au moins un cas de *valvule cervicale*, et chaque fois j'appelle votre attention sur les faits de ce genre, car ils éclairent singulièrement la pathogénie des ectropions.

Dans l'endocervicite, vous ai-je dit, la muqueuse est boursouflée d'une façon plus ou moins irrégulière et le cathétérisme doit être pratiqué avec une grande douceur et une grande légèreté ; lorsque la main est suffisamment exercée, elle arrive à faire pénétrer l'hystéromètre jusqu'à l'orifice interne sans déterminer de douleur vive. Mais les obstacles que l'instrument rencontre devant lui ne sont pas toujours de même nature. Quelquefois, à peine introduite ou bien à un centimètre, un centimètre et demi de profondeur, la sonde vient buter contre un repli plus saillant que les autres et appartenant, je suppose, à la paroi antérieure du canal cervical. Vous pouvez vous rendre compte, avec le bec de l'instrument, que ce repli est transversal et occupe toute la largeur de la paroi antérieure, et que son épaisseur est de un demi-centimètre par exemple. Retirez légèrement l'hystéromètre et faites suivre à son extrémité la paroi postérieure que vous déprimez au besoin ; bientôt l'obstacle sera de nouveau rencontré, mais aussitôt franchi ; n'allez pas trop vite cependant, abaissez un peu le manche de l'instrument pour que son bec suive maintenant la paroi antérieure et vous constaterez que le repli en question va en s'atténuant peu à peu jusqu'à l'isthme.

C'est ce repli que j'ai dénommé valvule cervicale ; il part de la cavité du col, descend de plus en plus, vient faire saillie à l'orifice externe, enfin le dépasse et repousse devant lui la muqueuse vaginale qui recouvre les lèvres du col et s'y substitue : l'ectropion du canal cervical est constituée.

Vous voyez maintenant pourquoi j'attache tant d'importance aux valvules cervicales. Elles indiquent que l'inflammation subit une sorte d'exacerbation, de poussée subaiguë, que l'œdème s'accentue et décolle de plus en plus la muqueuse des tissus sous-jacents et que bientôt un ectropion va survenir.

Mais, me direz-vous, vous nous avez montré des valvules chez des malades déjà atteintes d'ectropions anciens plus ou moins cicatrisés ! C'est vrai, mais si vous avez suivi les cas dont vous parlez, vous avez vu, peu de temps après, l'ectropion ancien être refoulé à la périphérie, vers les culs-de-sac, et un ectropion nouveau prendre sa place au pourtour du méat cervical. Dans d'autres circonstances, l'ancien ectropion ayant été fixé sur le col par le traitement qu'il avait subi ne s'est pas laissé refouler, mais un ectropion nouveau s'est superposé à lui et vous avez pu noter un commencement d'hypertrophie du col. Nous aurons plus tard à revenir plus longuement sur cet ordre de faits ; ce que vous devez retenir aujourd'hui, c'est que la présence d'une valvule sur une des parois du canal cervical indique une aggravation de l'endocervicite et doit vous faire prévoir l'apparition, à bref délai, d'un ectropion de la lèvre correspondante du col.

Il existe, Messieurs, deux grandes variétés d'ectropion : 1° l'ectropion par renversement des lèvres du col, 2° l'ectropion par prolapsus de la muqueuse du canal cervical. La première variété ne s'observe que dans le cas de déchirure plus ou moins étendue du col, c'est-à-dire que c'est surtout chez les malades qui ont eu des enfants qu'on la rencontre ; la seconde variété est l'apanage des nullipares et si, de temps en temps, on en voit quelques cas chez des multipares, ce n'est que dans les circonstances exceptionnelles où les déchirures des accouchements antérieurs se sont complètement cicatrisées.

Nous allons étudier d'abord l'ectropion par renversement: mais auparavant je dois vous rappeler ce que nous savons sur les déchirures du col.

C'est un gynécologiste américain, Emmet (de New-York), qui eut l'honneur d'attirer le premier l'attention sur l'importance des déchirures du col, et de solliciter de tous côtés des travaux sur leur rôle comme facteur d'affection utérine et sur le meilleur mode de traitement qui leur soit applicable. Roser (de Marbourg) l'avait précédé de quelques années dans cette voie, mais son mémoire, publié en 1861, n'avait trait qu'à l'étiologie et à la description de l'ectropion cicatriciel; le traitement chirurgical de la lésion restait tout entier à trouver, et ce n'est que depuis les publications d'Emmet (1869) qu'on a commencé à restaurer les déchirures du col de l'utérus. Il est devenu banal d'avancer qu'on a beaucoup abusé de l'opération d'Emmet, en Amérique principalement, et que les indications de la trachélorrhaphie demanderaient à être précisées mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Après ces quelques mots d'historique, voyons quelle est l'étiologie des lacérations du col.

Sans qu'on en puisse fournir de preuve certaine, il est probable que tout accouchement est suivi de déchirure du col utérin, et cette probabilité devient presque une certitude lorsque l'on sait que la moitié des primipares présentent, pendant la grossesse, de petites fissures qui donnent à l'orifice externe un aspect frangé et irrégulier (1). *A fortiori*, la déchirure doit-elle se produire lorsque l'expulsion du fœtus se fait avec une grande rapidité avant que la dilatation ait eu le temps de s'effectuer complètement, lorsque les tissus sont indurés, lorsque enfin on est obligé de faire des applications de forceps. Et cependant, Messieurs, on ne trouve de déchirure notable du col que chez 30 à 33 % des femmes qui ont accouché et qui présentent une affection utérine quelconque. Il faut donc en conclure que la majorité de ces déchirures se cicatrise sans déterminer d'accidents.

(1) Nierderbing. Ueber Ectropium und Risse. Wurzburg, 1879.

Les déchirures médianes sont les plus fréquentes, et, parmi celles-ci, les antérieures se produiraient plus souvent que les postérieures, mais ce seraient aussi, d'après Emmet, celles qui guériraient le plus rapidement. En effet, nous n'observons que très exceptionnellement des déchirures médianes isolées et, depuis plusieurs années, je n'en ai pas trouvé un seul cas à vous montrer. Ce ne serait que lorsque ces déchirures ouvriraient les culs-de-sac vaginaux qu'elles se refermeraient difficilement, l'antérieure donnant lieu à une variété intéressante de fistule vésico-utérine, et la postérieure déterminant une forme rebelle de rétro-version, avec ou sans formation de tractus cicatriciel oblitétérant le cul-de-sac de Douglas.

Les déchirures latérales sont celles qui guérissent avec le plus de difficultés, aussi ai-je souvent eu l'occasion de vous montrer des déchirures soit bilatérales, soit uni-latérales et, dans cette hypothèse, la lésion siège le plus ordinairement du côté gauche. Assez souvent aussi on peut rencontrer des déchirures étoilées, à 4, 5 et même 6 rayons, et, dans ce cas, ce sont ordinairement les sillons latéraux qui sont les plus profonds.

Pourquoi la majorité des déchirures produites par l'accouchement guérissent-elles et pourquoi les déchirures bilatérales sont-elles, de toutes, celles qui se cicatrisent le plus difficilement ?

Nous savons tous combien on a de peine à maintenir une ouverture permanente du canal cervical après un débridement du col au bistouri ou avec les ciseaux ; au bout de très peu de temps, si l'on n'a pas pris certaines précautions comme la dilatation répétée et fréquente, l'application d'un drain ou d'un pessaire intra-utérin, le tamponnement à la gaze iodoformée, etc., etc., au bout de très peu de temps, vous disais-je, la sténose ancienne se trouve reproduite. Même en recourant aux pratiques précédentes, qui comptent parmi les plus efficaces, l'opération des sténoses par l'instrument tranchant donne toujours des résultats aléatoires, on pourrait presque dire des insuccès constants.

Il est vrai que, dans l'accouchement, la plaie est toujours plus ou moins contuse ; mais si cette condition suffit à empêcher la

réunion par première intention, elle est incapable de s'opposer à une réunion secondaire.

Pour Emmet, la cause essentielle de l'absence de cicatrisation des déchirures du col réside dans un empoisonnement du sang pendant la période puerpérale et dans la production secondaire d'une cellulite pelvienne. Cette dernière, dont il serait toujours possible de reconstituer l'histoire soit par un interrogatoire minutieux, soit par l'examen direct, agirait en déroulant le col déchiré et en écartant ainsi les deux lèvres du col l'une de l'autre. A cette cause, il faudrait ajouter, pour les déchirures latérales, l'accrochement de la lèvre postérieure jointe à un certain degré de rétroversion, et cela par le mécanisme suivant : La déchirure entraînerait une subinvolution marquée de l'utérus qui, trop pesant pour être maintenu par les ligaments relâchés, viendrait s'abaisser et s'appuyer sur le plancher vaginal ; le corps de la matrice ne revenant pas suffisamment sur lui-même, tomberait plus ou moins en arrière et entraînerait ainsi en avant la lèvre antérieure, tandis que la lèvre opposée resterait accrochée par le plancher vaginal ; les deux lèvres ainsi écartées l'une de l'autre seraient désormais incapables de se réunir. Remarquez, Messieurs, que, suivant cette hypothèse, la déchirure du col et le renversement en dehors de ses lèvres sont en quelque sorte contemporains et que c'est le renversement, c'est-à-dire l'ectropion, qui empêche la déchirure de se cicatriser.

La théorie d'Emmet est spécieuse, et je crois qu'elle doit être exacte dans un certain nombre de cas. Cependant, pour qu'elle pût être généralisée, il faudrait admettre que toutes les fois qu'une déchirure du col ne guérit pas, il se fait, pendant la période puerpérale, de la cellulite pelvienne et que l'utérus s'abaisse en même temps qu'il se met en rétroversion légère. Or, l'auteur lui-même n'a trouvé au moment du premier examen, des traces de cellulite ancienne que dans 20 % des cas de déchirures qu'il a eues à traiter. D'autre part, l'abaissement de l'utérus est loin d'être constant dans l'état que nous étudions ; j'ai vu aussi un certain nombre de déchirures avec la persistance de l'antéversion normale ; d'autres fois on observe des rétroversions trop accentuées pour que la

lèvre postérieure reste accrochée ainsi que le dit Emmet. Pour toutes ces raisons, je crois qu'il faut chercher ailleurs la cause ordinaire de l'absence de cicatrisation des déchirures du museau de tanche.

Un fait d'un autre ordre pourrait peut-être nous mettre sur la voie, et tendrait à prouver que l'endométrite cervicale préexiste à la déchirure du col. Nieberding (1) a en effet trouvé un ectropion plus ou moins marqué chez les 2/3 des primipares qu'il a examinées avant l'accouchement. S'il en est ainsi, on comprend que les contusions subies par la muqueuse du canal cervical pendant la sortie du fœtus, le contact nocif pour cette muqueuse des lochies qui succèdent à l'accouchement, pour ne s'occuper que des faits les plus importants, déterminent une exacerbation de l'endométrite de la grossesse et donnent lieu à la production de valvules qui, à leur tour, maintiendront écartées les deux lèvres du col et s'opposeront ainsi à leur réunion primitive. Si aucun traitement n'est mis en œuvre à ce moment, l'épithélium cylindrique du canal cervical se mettra à proliférer, comme il le fait toutes les fois qu'il est irrité, et il recouvrira tout d'abord les deux bords de la déchirure, les tapissant simplement, au début, d'une couche unique d'épithélium. Plus tard, la prolifération en surface ne suffisant plus à son besoin d'extension, il creusera des culs-de-sac glandulaires de plus en plus profonds et de plus en plus nombreux; du tissu conjonctif se formera à son tour entre les culs-de-sac glandulaires et finalement, vous trouverez toutes les lésions que je vous ai décrites à propos de l'endométrite cervicale.

Les déchirures du col ont-elles une symptomatologie bien nette et bien définie ?

D'après ce que je viens de vous dire, les déchirures du col ne sont jamais simples, elles se compliquent toujours d'endocervicite, souvent de cellulite pelvienne, de sub-involution, parfois aussi d'abaissement et de rétroversion de l'utérus. Les troubles accusés

(1) Nieberding, *loc. cit.*

par la malade seront donc très complexes et le tableau symptomatique variera suivant les lésions qui s'associent à la déchirure du col. C'est au clinicien qu'il appartient d'analyser judicieusement chaque cas soumis à son observation, car toute description générale serait forcément fantaisiste.

Il existe cependant à titre exceptionnel des déchirures qui ont leurs symptômes propres, c'est dans la variété que j'ai proposé d'appeler *ectropion cicatriciel douloureux de Roser*. Il s'agit de déchirures dont les angles se cicatrisent vicieusement, par formation d'un tissu cicatriciel fibreux, blanc nacré à la vue, dur et surtout excessivement douloureux à la pression. Aussitôt que le doigt atteint l'angle de la déchirure, la femme se retire brusquement et pousse un cri, tandis que, dans tous les autres points, l'utérus est très peu sensible à la pression. Mais ce n'est pas tout. Si l'on touche le point cicatriciel avec l'extrémité d'une sonde, on détermine des symptômes réflexes variables suivant chaque cas. Dans une observation de Sutton (1), il s'agissait de convulsions cataleptiques que l'on faisait naître à volonté en pressant les angles de la déchirure et qui disparurent sans retour après l'opération d'Emmet. Cet auteur (2) rapporte plusieurs observations de névralgie faciale produite dans les mêmes conditions et un cas de tic douloureux de la face ayant la même origine ; toujours la guérison de la déchirure a entraîné la disparition des accidents réflexes. Je vous ai moi-même présenté une malade qui, à la suite d'une fausse couche déterminée par une chute dans un escalier, fut prise de crachements de sang abondants, survenant tous les mois, avec disparition de tout écoulement menstruel. L'auscultation et la percussion de la poitrine n'indiquaient aucune lésion pulmonaire. A l'examen du col, on trouva une déchirure profonde, dirigée à droite et en avant et dont l'angle supéro-externe était comblé par un petit nodule fibreux, blanc nacré, excessivement douloureux à la pression.

(1) Sutton, *Amer. Transact of the gynœcol. Soc.* 1880.

(2) Emmet, *La pratique des maladies des femmes*, trad. de A. Ollivier, Paris, 1887, p. 480.

L'ablation de ce point cicatriciel à l'aide du thermo-cautère suffit à faire disparaître les hémoptysies et à ramener des règles normales. L'observation a été publiée dans la *Revue médico-chirurgicale des femmes*, au mois d'avril 1886.

Dans les faits qui précèdent, la relation est des plus nettes entre les accidents réflexes et la déchirure du col; mais il n'en est plus de même dans les déchirures non cicatricielles. La stérilité, la difficulté de la marche et de la station debout, les pertes blanches, les irrégularités de la menstruation, etc., etc., donnés par Emmet comme des symptômes de cette lésion appartiennent en effet aux lésions concomitantes et ne sauraient en aucune façon permettre d'établir le diagnostic de lacération du col. C'est seulement par l'examen direct qu'on en peut affirmer l'existence.

Le diagnostic des déchirures du col ne présente aucune difficulté lorsqu'on procède à un examen méthodique.

Au toucher, on sent souvent une fente uni-latérale, d'autres fois une série de dentelures plus ou moins profondes qui partent du canal cervical entr'ouvert dans lequel le doigt pénètre aisément. Cependant, dans certains cas de déchirure bi-latérale avec renversement très marqué des lèvres du col, il peut sembler au premier abord que l'orifice externe est intact, alors qu'en réalité ce qu'on prend pour l'orifice externe véritable est constituée par une portion plus élevée et non déchirée du canal cervical. Pour éviter cette erreur, quelques auteurs conseillent de chercher la sensation mollasse, sensation de velours, que donne la muqueuse renversée autour de ce faux orifice externe. Ce signe est insuffisant et vous le comprendrez bien lorsque je vous décrirai l'ectropion par prolapsus de la muqueuse du canal cervical. Il n'y a qu'un moyen de ne pas se tromper, c'est de rechercher si le col a la forme en champignon qui résulte du renversement de ses lèvres déchirées.

L'examen au spéculum vient du reste confirmer les résultats obtenus à l'aide du toucher vaginal. Les auteurs américains vantent avec raison l'emploi de la valve de Sims en pareille circonstance, car elle laisse aux lèvres du col leur position réelle

et permet mieux que tout autre spéculum de constater leur renversement. Pour terminer la démonstration, on saisit chaque lèvre avec un ténaculum et on les rapproche l'une de l'autre; on voit alors le col prendre la forme conique ou tout au moins cylindrique ; le véritable orifice externe se reforme avec ses déchirures apparentes encore et la muqueuse cervicale disparait aux yeux de l'observateur (à moins qu'il y ait concurremment ectropion par prolapsus). Avec le spéculum bivalve, on arrive également avec quelque habitude à faire le diagnostic des déchirures et du renversement du col qu'on exagère et qu'on diminue alternativement en tendant avec exagération et en tendant au minimum les culs-de-sac du vagin. Mon spéculum à crémaillère permet de faire sans difficulté la manœuvre des ténaculums, dont je vous parlais il n'y a qu'un instant. Seuls les spéculums pleins du type Fergusson ou autre exposent à une erreur d'interprétation même les gynécologistes les plus expérimentés, aussi leur emploi doit-il être banni dans le diagnostic des déchirures du col.

(A suivre.)

URÉTHROCÈLES VAGINALES

Par le Dr F. Piedpremier.

(Suite.)

—

Anatomo-pathologie. — L'anatomie pathologique de l'uréthrocèle est encore peu connue.

Voici ce que l'on peut constater sur le vivant : la tumeur uréthrale est recouverte par la muqueuse vaginale ordinairement saine qui, suivant les cas, peut présenter une coloration variant de la teinte rosée au bleu ardoisé en passant par une foule d'intermédiaires.

Le méat urinaire enflammé est souvent tuméfié. Si, à l'aide de l'endoscope de Skene — dont on trouve la description dans Em-

met (1) — on explore l'intérieur de la dilatation uréthrale, on trouve une muqueuse hypertrophiée, enflammée, présentant çà et là des granulations, des ulcérations et des érosions couvertes de sang (Newman).

L'urine contenue dans le diverticulum contient du muco-pus.

Jusqu'à cette année même, la structure de la poche était entièrement inconnue, lorsque le professeur Duplay, opérant à Lariboisière une de ses malades, excisa un lambeau de la tumeur uréthrale, dont l'examen microscopique fut confié à M. Lyot, son interne.

Nous reproduisons textuellement ci-dessous la note qui nous a été fournie à ce sujet :

« *Aspect pendant l'opération.* — La tumeur est disséquée et enlevée avec une petite portion de la muqueuse vaginale qui la recouvrait. Elle est composée de trois lobes : deux sont formés par un kyste à enveloppe mince laissant voir par transparence le liquide qu'ils contiennent ; ils se laissent énucléer facilement. Le troisième lobe est moins superficiel : il paraît rattaché à l'urèthre comme par un pédicule. Il est enlevé en coupant son pédicule. Il s'écoule aussitôt environ une petite cuillerée de pus.

« La paroi de cette cavité est épaisse, légèrement tomenteuse, une petite partie est laissée adhérente à l'urèthre et on place des sutures pénétrant profondément jusqu'au voisinage de l'urèthre et réunissant toute la surface opératoire.

« A l'incision de chacun des deux autres kystes, il s'écoule environ 10 grammes de liquide absolument clair, non filant, ne contenant aucun élément figuré.

« *Examen microscopique.* — Ni la nitratation, ni les agents colorants ne font découvrir d'épithélium à la surface de ces cavités. Les parois sont constituées par des lames parallèles de tissu conjonctif fasciculé se continuant sans délimitation nette avec le tissu conjonctif fasciculé et les faisceaux de fibres lisses des parois du vagin.

« La cavité suppurée n'offre aucune trace de paroi propre ; elle

(1) Emmet, Gynécologie, 1879, p. 711.

est tapissée par une couche de cellules embryonnaires abondantes, infiltrant le tissu même de la paroi vaginale, faisceaux musculaires, filets nerveux. De jeunes capillaires forment à sa surface des anses nombreuses.

« Nulle part on ne trouve de débris glandulaires. »

Comme on le voit par cette description, il s'agissait dans le cas présent d'une dilatation kystique ouverte dans l'urèthre.

Diagnostic.

D'après la symptomatologie que nous avons exposée, il est aisé de voir que l'uréthrocèle est une affection facile à diagnostiquer. Le diagnostic s'imposera lorsqu'on constatera sur la moitié antérieure du trajet de l'urèthre l'existence d'une tumeur dont on pourra — soit par le cathétérisme, soit par la simple pression — faire sourdre le contenu par le méat.

Nous nous contenterons donc de passer rapidement en revue les maladies qu'un examen superficiel pourrait faire confondre avec l'uréthrocèle.

I. *Cystocèle.* — La hernie de la vessie dans le vagin donne naissance à une tumeur plus volumineuse que la poche uréthrale, et placée, non sur le trajet du canal, mais plus en arrière. Elle diminue par la miction et le cathétérisme vésical permet de la vider complètement. Enfin, dans le cas de cystocèle, on aura beau explorer avec une sonde cannelée la paroi inférieure du canal, on ne pénétrera pas dans un diverticulum.

II. *Kystes du vagin.* — Il ne saurait être question que de ceux qui occupent exactement le trajet de l'urèthre. Or, la fluctuation et l'absence de communication avec le canal (mise en évidence par le cathétérisme et la pression) rectifieront le diagnostic.

III. *Entérocèle.* — L'uréthrocèle n'est qu'imparfaitement réductible : L'entérocèle, au contraire, l'est complètement, et après sa rentrée dans l'abdomen, au point qu'elle occupait, on trouve un trou, une dépression (Stoltz, Bérard).

IV. *Tumeurs hémorrhoïdaires de l'urèthre.* — Nous trou-

vons dans la thèse du Dr Fleyssac (1879) les éléments de ce diagnostic.

La confusion possible repose sur :

1° L'existence d'une tumeur sur la paroi antérieure du vagin, exactement sur le trajet de l'urèthre ;

2° Les mictions pénibles et fréquentes ;

3° Le coït plus ou moins douloureux ;

Le diagnostic reposera sur ce que :

1° La tumeur, au lieu d'être sphérique, est cylindroïde, en général de la grosseur d'une plume d'oie, et part du méat pour aller rejoindre le col de la vessie ;

2° La pression provoque de la douleur, mais ne fait pas sortir d'urine ;

3° Le cathétérisme ne dénote pas l'existence d'une dilatation uréthrale, mais au contraire un rétrécissement allongé.

Enfin, dans quelques cas on trouve au niveau du méat, dans les cas de tumeurs hémorrhoïdales, une saillie au lieu d'une dépression, de sorte que « si, se fiant aux préceptes habituels du cathétérisme, on voulait se servir du doigt seul comme guide, on se tromperait infailliblement. » (Richet.)

V. *Tumeurs diverses.* — Ici, outre qu'on ne trouvera ni dilatation accessible au cathéter, ni expulsion d'urine à la pression, la consistance, la marche et l'aspect de la tumeur permettront d'en reconnaître la nature.

C'est ainsi que dans le service du professeur Duplay, à l'hôpital Lariboisière, nous vîmes, au commencement de cette année, faire l'ablation d'une petite tumeur fibroïde de la grosseur d'une forte noisette qui, par son aspect, eût pu en imposer pour une uréthrocèle.

VI. *Hypertrophie de l'urèthre.* — Au lieu de rencontrer une tumeur sphérique, on a la sensation d'un tube de la grosseur d'une plume d'oie à celle du doigt, s'étendant du méat au col vésical.

Mais il ne suffit pas de diagnostiquer la dilatation uréthrale. Encore faut-il savoir si le diverticule contient un corps étranger,

un calcul : le toucher vaginal et le cathétérisme fournissent des données suffisantes pour la solution de ce problème.

Au toucher, en effet, on sent une masse dure dont on arrive parfois à percevoir les contours plus ou moins réguliers. Lorsque plusieurs calculs sont inclus dans la même poche, on peut les sentir frotter les uns contre les autres.

Nest-on pas suffisammont éclairé par ce premier examen ? reste le cathétérisme du sac. A peine aura-t-on pénétré avec une sonde métallique dans la poche qu'on éprouvera le choc caractéristique de la présence des calculs

Reste à savoir si le calcul s'est formé sur place dans une poche préexistante, ou bien s'il a été entraîné de la vessie et s'est arrêté dans l'uréthrocèle.

Avant l'extraction du calcul on ne peut guère avoir que des présomptions à cet égard.

S'agit-il d'une malade non arthritique, n'ayant jamais expulsé de graviers ? les probabilités seront pour la formation sur place.

S'agit-il, au contraire, d'une femme entachée d'arthritisme, ayant présenté déjà des symptômes de lithiase vésicale ou rénale ? les présomptions seront en faveur de la seconde hypothèse.

Après l'extraction du calcul, rien n'est plus facile que d'en indiquer la provenance, grâce à l'analyse chimique. « Jamais, dit Voillemier (1), je n'ai rencontré de dépôt formé dans le canal qui ne fût exclusivement composé de phosphate de chaux. Les concrétions vésicales, au contraire, sont constituées par les éléments les plus divers et le plus souvent par l'acide urique.

Il résulterait de là que, quand le calcul trouvé dans l'urèthre présenterait un noyau d'acide urique, oxalique ou autre, avec une enveloppe de phosphate calcaire, on pourrait affirmer qu'il s'agit d'un calcul de la vessie ; que si le calcul était entièrement de phosphate de chaux, on devrait présumer qu'il serait formé dans l'urèthre. »

(1) Voillemier et Le Dentu. Tr. des mal. des voies urinaires.

Pathogénie.

Nous voici arrivé au point le plus difficile de notre tâche. Plusieurs théories pathogéniques ont été échafaudées, mais aucune ne peut expliquer tous les faits d'une manière suffisante. C'est ici le lieu d'être éclectique ; nous espérons le démontrer bientôt.

Voici les principales théories ayant cours :

I. *Théorie de l'accouchement.* — Elle a été émise et soutenue par notre maître, M. Duplay (1), qui s'exprime ainsi dans son mémoire :

« J'expliquerais volontiers le mode d'action de l'accouchement dans la production de la lésion, en disant que la compression et le tiraillement de l'urèthre, lors du passage de la tête, ont pour conséquence un affaiblissement ou le relâchement de la paroi inférieure du canal, d'où résulte soit la dilatation simple, soit une éraillure ou une déchirure limitée de cette paroi permettant la sortie d'une petite quantité d'urine et la formation d'une poche urineuse. »

Pour M. Duplay, l'uréthrocèle tiendrait donc à une lésion accidentelle de la paroi inférieure de l'urèthre, dans la production de laquelle la grossesse et surtout l'accouchement sont les principaux facteurs.

Telle n'est pas l'opinion de M. Tillaux (2) qui fait remarquer que « la cloison uréthro-vaginale est très épaisse surtout en haut, où elle ne mesure pas moins d'un centimètre, qu'elle s'amincit en se rapprochant du méat, et qu'il est rare qu'elle soit déchirée pendant l'accouchement, *car elle échappe à la pression de la tête* ».

Cette objection n'est pas concluante. En effet, la minceur de la partie antérieure de l'urèthre en fait un *locus minoris résistentiæ* qui explique la présence de l'uréthrocèle à ce niveau. De plus, tous les accoucheurs ne partagent pas l'avis de M. Tillaux, en ce qui concerne l'absence de pression de l'urèthre par la tête fœtale.

(1) Duplay, Loc. cit., p. 24.
(2) Tillaux. Anat. topog., p. 834.

Ecoutons plutôt Lusk (1), décrivant la sortie de la tête : « La rétrocession de la tête ne se fait plus, l'anus affecte une forme ovalaire, l'orifice vulvaire regarde en avant et en haut, et l'*urèthre est comprimé* contre la symphyse pubienne. »

La théorie de M. Duplay est rationnelle et s'appuie sur un grand nombre de faits, car dans presque toutes nos observations, nous voyons figurer la grossesse. Y aurait-il là simple coïncidence ? Nous ne le croyons pas : nous y voyons plutôt un rapport de cause à effet.

Ce n'est pas à dire pour cela que nous nous rattachions exclusivement à cette théorie. M. Duplay lui-même ne fait aucune difficulté à admettre un autre mécanisme dans certains cas spéciaux ; mais il n'en est pas moins avéré que parfois l'accouchement suffit à produire la lésion, et, qu'en tout cas, un urèthre tiraillé et une paroi vaginale affaiblie par le passage de l'enfant présenteront un terrain de choix à l'action des diverses autres causes, productrices de l'uréthrocèle.

II. *Théorie de la congénitalité.* — Lawson Tait, en publiant le fait relaté dans notre observation VIII, pense que l'uréthrocèle pourrait bien être une affection congénitale.

Cette opinion nous semble peu probable. Remarquons, en effet : 1° Que la malade de Tait était « mère d'une nombreuse famille » ; 2° Que dans tous les cas publiés les malades étaient déjà d'un certain âge. Comment admettre alors qu'une affection congénitale puisse passer si longtemps inaperçue ?

Faudrait-il, à l'appui de la manière de voir de L. Tait, citer le cas observé par le professeur Lannelongue, d'une fillette de onze ans atteinte d'uréthrocèle ? Cela nous semble difficile, car la lésion ne fut constatée que peu de temps avant l'entrée de la malade à l'hôpital, et celle-ci était entachée d'onanisme. (Obs. XXI.)

Chez l'homme, d'ailleurs, ces dilatations congénitales sont extrêmement rares, puisque M. Guyon (2) n'en cite que deux cas. Chez la femme on n'en cite aucun « et il n'y a pas lieu de s'en

(1) Th. Lusk. Accouch. Trad. fr. de Doléris. Paris, 1885, p. 156.

(2) Guyon. Vices de conform. de l'ur. chez la femme, Th. d'agrég., 1863.

étonner; ne connaissons-nous pas, en effet, l'épaisseur considérable des parois de l'urèthre féminin ? Et, d'autre part, la dilatabilité facile de ce canal n'est-elle pas une sauvegarde contre ces dilatations sacciformes ? » (Nunez (1).)

M. Lawson Tait n'a pas, d'ailleurs, que nous sachions, cherché à généraliser sa théorie.

III. *Théorie de la formation kystique.* — Priestley est le premier auteur qui ait rattaché l'uréthrocèle à l'ouverture d'un kyste dans l'urèthre. Donnant des soins à une femme qui portait sur le trajet du canal une tumeur du volume d'un demi-œuf de poule, il prescrivit des applications émollientes. « Deux ou trois jours après, un grand soulagement survint subitement à la suite de l'issue d'une urine mélangée d'une matière grasse qui s'est solidifiée par le froid. A la surface de cette urine surnagent des grains tout à fait analogues à de la cire jaune.... Ce sont des particules graisseuses avec débris épidermiques, ressemblant au contenu des kystes sébacés, mais plus denses, plus résistants. » (Obs. IV).

L'auteur anglais pensa qu'il s'agissait d'un kyste de la cloison uréthro-vaginale ouvert dans l'urèthre.

Cette opinion, émise en 1868, est très plausible, les kystes du vagin n'étant pas chose rare.

Voici, au surplus, en résumé, comment M. le Dr Chéron (2) expose cette théorie :

« On observe dans le vagin deux sortes de kystes que Huguier et Guérin ont, l'un et l'autre, décrits sous le nom de kystes superficiels et de kystes profonds.

« Les premiers, qui se développent aux dépens de la tunique épithéliale... Les seconds, au contraire, sont situés au-dessous de la muqueuse, dans les aréoles du tissu conjonctif sous-jacent, dans lequel ils se développent.

(1) Nunez. Vices de conform. de l'ur. chez la femme, Th. Paris 1882, p. 49.

(2) Chéron. Gaz. des hôp., 1887, numéros 54 et 55.

« Lieu d'élection : paroi antérieure du vagin à 2 ou 3 centimètres de la vulve, immédiatement au-dessous de l'urèthre.

« Lorsque ces kystes prennent un certain volume, ils arrivent à se rompre au point de moindre résistance, c'est-à-dire du côté de l'urèthre. Ils se vident alors et se transforment en poche urineuse.

M. Duplay, à côté de la théorie de l'accouchement, admet parfaitement celle de la formation kystique. Il avait porté ce diagnostic à propos de la malade de l'observation XVIII, et l'examen microscopique vint démontrer qu'il avait raison.

La clinique et l'anatomie pathologique sont donc d'accord en ce qui concerne l'existence d'uréthrocèles kystiques.

IV. *Théorie de Newman.* — Nous avons vu plus haut combien Newman considérait comme fréquentes les dilatations uréthrales, suites d'accouchements. Mais il admet en outre l'existence de certaines uréthrocèles dues, selon lui, à « *un trouble de la nutrition générale* ». Il y a pour lui des uréthrocèles trophiques. En voici le mécanisme:

Sous l'influence de divers troubles de la nutrition et de l'indigestion (!) en particulier, l'urine subit des modifications chimiques qui la rendent irritante, d'où production d'une uréthrite.

Grâce à celle-ci, l'urine est expulsée par saccades et *violemment* : c'est la première cause de la dilatation uréthrale qui, augmentant peu à peu, finit par constituer une uréthrocèle, dans laquelle séjourne l'urine « comme dans un puisard sans drainage ».

Partant de cette notion, Newman institue un traitement destiné à rendre les digestions faciles, et... il obtient la guérison (*obs.* IX et XIV).

Malheureusement pour sa théorie, Newman, à côté du régime alimentaire, applique un traitement local, auquel il doit, croyons-nous, ses succès ; sa théorie ne nous semble pas suffisamment démontrée.

V. *Autres théories.* — Nous allons maintenant passer rapidement en revue les autres modes de formation qui ont été invo-

quées. Ce sont les traumatismes, la blennorrhagie chronique, les calculs et peut-être les rétrécissemenis de l'urèthre.

A. *Traumatismes.*— Si l'on admet que le passage de la tête fœtale, qui n'est qu'une forme spéciale de traumatisme, peut provoquer l'uréthrocèle, on ne se refusera pas à admettre que tout autre traumatisme, lésant directement ou indirectement la cloison vaginale antérieure, puisse agir de la même façon.

C'est ainsi que M. Giraud (obs. XV), sans nier l'influence de l'accouchement sur la production d'une poche uréthrale chez sa malade, met en première ligne le coup de pied reçu par elle dans la région périnéale.

C'est ici qu'il convient de parler encore de l'onanisme à l'aide de corps étrangers. On s'explique parfaitement, en effet, que des femmes qui, pour satisfaire des habitudes honteuses, s'introduisent dans l'urèthre des corps étrangers, tels que porte-plume, épingles à cheveux, etc., puissent, à un moment donné, érailler leur paroi uréthro-vaginale. (Voir les observations XIX et XXI.)

Citons seulement pour mémoire le coït intra-uréthral.

Il est enfin un dernier genre de traumatisme, d'ordre chirurgical celui-là, et dont l'influence n'a pas encore été étudiée. « Pendant une séance de lithotritie, on est exposé, en retirant l'instrument, à laisser implantés dans les parois du canal de petits fragments de pierres qui les déchirent, d'où formation de poches urineuses. ». (F. Giraud (1).)

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE CHIRURGIE.

DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE ET VAGINALE.

M. DEMONS (Bordeaux). — Depuis que j'ai appelé l'attention des chirurgiens français sur cette question, elle est entrée

(1) Giraud. *Gaz. des hôp.*, 1883, p. 1162.

dans la pratique. Il est temps de jeter un regard en arrière et de voir si mes premières conclusions ont été justifiées et ce que valent les diverses modifications qu'on a proposées. Je ne parle pas de l'hystérectomie pour cancer.

Je ne la crois indiquée que dans le cancer limité au corps utérin : le cancer limité à la portion sous-vaginale est justiciable de l'amputation du col et les cancers qui ont dépassé le corps de l'utérus ne permettent plus qu'un traitement palliatif.

Au point de vue de la technique, deux points ont été particulièrement discutés : ils ont trait à l'hémostase et à l'abaissement de l'utérus. De ce dernier, je ne dirai qu'un mot : il est quelquefois très laborieux quand le col est friable, et l'utilité des instruments qui ont été inventés pour prendre un solide point d'appui sur le corps ne saurait être contestée ; les pinces de Museux sont insuffisantes. L'hémostase est une question capitale. Tout le monde la faisait par la ligature quand M. Richelot est venu proposer devant le dernier Congrès de laisser systématiquement à demeure, sur les ligaments larges, les pinces imaginées par M. Péan, transformant ainsi en règle un procédé d'hémostase employé jusque-là à titre exceptionnel.

Je ne saurais me rallier à l'opinion de M. Richelot.

Si l'utérus est facile à abaisser, le placement des ligatures est facile et s'il ne peut pas être suffisamment abaissé, le placement des pinces est laborieux et se fait un peu à l'aveugle. En outre, les pinces n'empêchent pas toujours l'hémorrhagie primitive, comme j'en ai vu un exemple. De plus, elles ont l'inconvénient de sphacéler les ligaments larges, de retarder la guérison et de déterminer l'élimination de débris sphacélés qui s'accompagne d'une certaine élévation de température. Enfin, il est arrivé trois fois à ma connaissance que l'uretère soit saisi dans les pinces, une fois à M. Richelot lui-même, une fois à moi et une fois à mon collègue de Bordeaux, M. Lanelongue ; dans un autre cas, la paroi du rectum a été prise. On peut répondre que les pinces étaient alors mal appliquées, mais on peut en dire autant des ligatures lorsqu'elles n'empêchent pas l'hémorrhagie.

Si je trouve que M. Richelot a trop généralisé l'emploi des pinces, je reconnais qu'il a rendu un grand service pour certains cas difficiles.

Quant à la résection du vagin, que cet auteur recommande

aussi, c'est une bonne précaution, mais il ne faut pas en exagérer l'étendue, de peur de blesser les uretères ; du reste, la récidive se fait beaucoup plus souvent dans les ligaments larges.

M. Péan. — Je regrette que ceux de mes collègues qui s'occupent de la question en discussion continuent à ne pas tenir compte de mes premières hystérectomies vaginales totales qui datent de 1882 et sont antérieures, par conséquent, à celles de M. Demons.

Elles ont été publiées à cette époque et présentées à l'Académie de Médecine. Il était donc facile aux opérateurs qui ont suivi mon exemple de les consulter. Ils auraient vu que la méthode du pincement temporaire et définitif des vaisseaux du vagin, de 'utérus et des ligaments larges, au cours de l'opération, m'appartient, aussi bien lorsqu'il s'agit d'opération sur l'utérus que orsqu'il s'agit des autres organes accessibles au chirurgien.

J'ai démontré d'ailleurs, autrefois, que ceux qui ont eu recours après moi à cette méthode ont pris les instruments tout faits chez les fabricants et se sont contentés de m'imiter.

Quoi qu'il en soit de ces observations, il me semble que, même à l'heure actuelle, ma technique opératoire n'a pas été suffisamment bien comprise. En effet, on s'est occupé exclusivement du pincement définitif, sans parler des services non moins importants que rend le pincement temporaire. C'est, cependant, ce dernier qui, fait avec deux ou plusieurs pinces à mors longs, droits ou courbes, permet de détacher rapidement l'utérus sans perdre de sang. C'est lui qui permet aussi, après l'ablation de l'organe, d'attirer, d'abaisser les ligaments larges, et, lorsqu'on le juge utile, de les lier en deux moitiés, sans difficulté et sans crainte d'hémorrhagie. C'est encore lui qui permet de se passer de ces ligatures si on veut le rendre définitif en laissant les pinces à demeure. Comme j'ai le premier appliqué ces deux procédés et comme j'en ai publié les observations, il est impossible, malgré toute la mauvaise volonté, de ne pas en tenir compte.

Reste à déterminer les cas dans lesquels il faut préférer la ligature ou le pincement définitif des ligaments larges. M. Demons pense qu'il convient de laisser les pinces à demeure quand l'utérus est petit, mobile, facile à extraire, et de recourir à la ligature quand l'utérus est volumineux.

En ce qui me concerne, une expérience déjà longue m'a

démontré que c'est le contraire qui doit être fait. Mais il n'empêche que ces deux méthodes sont aussi précieuses l'une que l'autre et toutes deux m'ont donné d'excellents résultats.

M. Terrier. — Je considère la question de manuel opératoire comme tranchée et inutile à discuter ici. Autant j'ai trouvé l'hystérectomie vaginale difficile quand je faisais des ligatures, autant je l'ai trouvée facile avec le procédé des pinces à demeure que mon ami M. Richelot a employées pour la première fois dans mon service.

J'ai fait 19 fois cette opération avec 15 succès opératoires et 4 morts, dont une d'hémorrhagie dans un de mes premiers cas traité par la ligature, que je crois pourtant savoir faire. C'est une mortalité de 22 0/0 ; l'opération est donc immédiatement grave.

Pour l'appréciation des résultats éloignés, il faut distraire, outre les 4 morts opératoires, 4 cas où l'intervention commencée dans un but purement palliatif aboutit nécessairement à l'hystérectomie à cause de l'ouverture du péritoine ; il est à remarquer que sur ces 4 opérations incomplètes, je n'ai eu qu'une seule mort. Sur les 11 cas restants j'ai eu 7 récidives rapides, au bout de 6 semaines à 16 mois, sans que l'analyse des observations m'en puisse montrer nettement la cause. Trois autres malades, dont les tumeurs ont été reconnues pour des cancers au Collège de France, sont restées sans récidive depuis 2 ans et 9 mois, un an et 9 mois et plus d'un an. Enfin, chez une autre de mes opérées, la tumeur, qui présentait cliniquement toutes les apparences du cancer a été reconnue histologiquement un adénôme intra-cervical dont l'épithélium n'avait pas encore franchi la membrane propre des glandes ; je n'ai donc pas le droit de me prévaloir de la survie.

Ces résultats représentent 70 0/0 de récidives rapides et 30 0/0 de succès qui paraissent définitifs. Je tire de ces faits les conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie vaginale pour cancer est une opération très sérieuse, puisqu'elle donne 22 0/0 de mortalité opératoire.

2° Elle paraît plus rationnelle que les amputations partielles, bien que celles-ci soient plus faciles et moins graves primitivement.

3° L'hystérectomie incomplète n'est pas plus grave, mais elle est insuffisante comme toutes les opérations incomplètes.

4° La récidive survient dans 70 0/0 des cas ; elle est ordinairement rapide.

5° La guérison est possible ; je l'ai constatée dans 30 0/0 de mes observations où le diagnostic a été histologiquement vérifié.

6° Pour établir la supériorité des ablations partielles sur l'hystérectomie, il faudrait fournir pour les premières des statistiques établies dans les mêmes conditions que les nôtres, et ces statistiques, quoi qu'on en ait dit, n'existent pas.

M. Richelot. — Je veux défendre en quelques mots le procédé des pinces à demeure.

Il est vrai que leur application est difficile quand l'utérus ne descend pas bien ; mais c'est alors qu'elles rendent le plus de services, car, dans ces conditions, la ligature est impossible. Je ne crois pas qu'elles rendent la guérison plus longue ; la seule période dangereuse est celle des deux jours pendant lesquels les pinces sont laissées à demeure ; dès le troisième, en effet, le péritoine est fermé, comme je l'ai constaté dans deux autopsies. Les malades sont tout à fait guéries au bout de huit jours et peuvent se lever après trois semaines.

J'ai pris une fois l'uretère dans une pince, mais c'était un cas où j'avais reconnu seulement au cours de l'opération l'envahissement du ligament large que je dus saisir successivement à différentes hauteurs ; d'ailleurs, il existe aussi des observations où l'uretère a été compris dans les ligatures, et je crois que c'est avec les pinces qu'il est le plus facile de l'éviter.

Quant à l'amputation sus-vaginale irrégulière, j'en possède un bon nombre de cas inédits et je la considère comme extrêmement bénigne, au même titre que le curettage.

Un procédé ne peut être condamné d'après des préférences personnelles ; ce sont les résultats qu'il faut comparer. Je prétends que l'emploi systématique des pinces à demeure est un perfectionnement et une simplication de l'hystérectomie vaginale ; je crois que c'est grâce à lui que cette opération a pris depuis deux ans en France une aussi grande extension, et le grand nombre des pinces que l'on demande aux fabricants peut en témoigner. A l'étranger même, les pinces sont employées par Müller, et Landau en a préconisé l'usage au Congrès des chirurgiens allemands.

INDICATIONS ET TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER.

M. Pozzi. — L'hystérectomie vaginale est devenue une opération assez bénigne pour qu'on puisse légitimement l'appliquer à tous les cas réservés précédemment aux *amputations sus et sous-vaginales du col.*

Cette opération est contre-indiquée, comme dangereuse et inutile, dans les conditions suivantes :

A. Envahissement des ligaments larges, rendu probable par l'absence de mobilité de l'organe et la difficulté de son abaissement après l'anesthésie.

B. Envahissement secondaire ou primitif du vagin, même lorsqu'il est très limité.

C. Volume considérable du corps de l'utérus cancéreux, rendant laborieuse ou impossible son extraction sans morcellement.

L'hystérectomie dite palliative, avec ou sans résection du cul-de-sac vaginal, faite dans tous les cas de ce genre, est une opération qui doit être rejetée. Les dangers très augmentés alors sont hors de proportion avec les avantages qu'elle peut procurer.

Dans tous les cas où une opération radicale ne doit pas être tentée, le traitement chirurgical *palliatif* est d'un très grand secours contre l'hémorrhagie, le suintement ichoreux et les douleurs. L'opération consistera dans l'évidement et le grattage méthodique des tissus malades suivis de cautérisation au fer rouge.

La curette tranchante, qui fait une sorte de sélection naturelle entre les tissus sains et les tissus dégénérés, est préférable, lorsqu'elle est bien maniée, au bistouri. L'opération ainsi faite est une opération réglée. Par suite, les mots de *curettage* ou d'*évidement* sont préférables à celui d'*amputation irrégulière sus-vaginale du col.*

Le fer rouge, qui agit principalement sur les parties malades restées en place, dont la vitalité est moindre que celle des tissus sains, complétera très efficacement l'action de la curette. Il peut être porté sans dangers, avec les précautions convenables, jusqu'au fond de la cavité utérine.

Dans les cas de cancer du *col et du corps*, non propagé, mais dans lesquels le volume de l'utérus rend son extraction dange-

reuse par la voie vaginale, le traitement palliatif précédent (curettage suivi de cautérisation ignée) sera préféré à l'extirpation totale par la voie abdominale (opération de Freund).

D. La forcipressure à demeure ne donne pas une sécurité parfaite contre l'hémorrhagie, surtout primitive. Elle expose au pincement et à la compression des organes voisins. Elle rend plus difficile l'antisepsie et plus douloureux le pansement.

La forcipressure à demeure est donc un *procédé de nécessité* qui ne doit pas être substitué comme *procédé de choix* à la ligature. Celle-ci doit porter successivement sur les parois vaginales divisées et sur les ligaments larges, après renversement de l'utérus. Dans les cas où l'utérus seul est envahi, où il est resté mobile et facile à abaisser, le placement des ligatures n'offre pas de difficultés réelles. On peut dire que la forcipressure à demeure n'est réellement nécessaire que dans une hystérectomie qui n'aurait pas dû être entreprise.

SEIZE HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES POUR FIBROMES.— RÉFLEXION A PROPOS DE 60 AUTRES FIBROMES DE L'UTÉRUS.

M. Terrillon. — Dans l'espace de cinq ans environ j'ai soigné 76 femmes atteintes de fibromes utérins proéminant du côté de l'abdomen mais inacessibles par le vagin et le col de l'utérus et donnant lieu à des troubles variables.

Les malades se décomposent en quatre catégories distinctes :

Seize ont été opérées par l'hystérectomie abdominale ; la section portait au-dessus du vagin.

Six ont subi l'opération de Battey, pour des hémorrhagies graves dues à la présence de fibromes de moyen volume.

Six sont mortes du fait de la présence d'un corps fibreux dans l'utérus ayant provoqué des accidents variés.

Enfin quarante-huit ont été soignées par les méthodes médicales.

Les hystérectomies abdominales ont été traitées presque toutes par la méthode qui consiste à fixer le pédicule au dehors.

Deux seulement ont été traitées par la méthode du pédicule resté dans l'abdomen après sutures des bords du moignon. Une tentative faite chez une autre malade pour réduire le pédicule

ne put être poursuivie, car les sutures ne pouvaient empêcher l'hémorrhagie.

Sur les quatorze cas traités par la méthode externe, six pédicules furent serrés par un fil de fer, huit avec du caoutchouc ; ce dernier moyen coupe plus rapidement le pédicule.

Ces seize hystérectomies donnent cinq morts et onze succès complets.

Les causes de la mort furent : 2 fois l'ébranlement nerveux, sans trace de péritonite et de septicémie, une fois la péritonite, une fois l'épuisement en quelques heures par hémorrhagie grave pendant l'opération ; une fois la pyohémie survenue après le 17e jour au niveau de la plaie du pédicule.

Ces opérations ont été pratiquées pour des fibromes volumineux, compromettant la vie.

Malgré sa gravité, cette opération doit être conservée en ne l'employant que pour les fibromes très gros et compromettant la vie.

Sur les six cas d'ablation des ovaires et des trompes, cinq ont donné cinq succès, les hémorrhagies ayant été arrêtées et les malades étant revenues à un état de santé parfait.

Une malade est morte au bout de soixante jours à la suite de phénomènes d'obstruction intestinale. Les hémorrhagies qui existaient avant, avaient cessé.

C'est donc une bonne opération pour les corps fibreux saignant beaucoup, ainsi que le prouvent les statistiques étrangères. Mais elle est difficile, car il faut absolument enlever les deux ovaires en totalité, ce qui est parfois difficile ou impossible à cause des rapports de ces organes avec le fibrome.

CANCER DU CORPS DE L'UTERUS. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

M. Routier rapporte deux observations personnelles de cancer du corps de l'utérus dans lesquelles le diagnostic clinique et histologique, après grattage, fut longtemps incertain et ne fut possible dans un cas que par des examens microscopiques multipliés et très délicats, après ablation de l'utérus. Dans ce cas, le diagnostic clinique avait pu être nettement affirmé par la dilatation du col suivie du toucher intra-utérin.

Le cancer du corps utérin n'est pas aussi rare qu'on le dit ; il apparaît ordinairement après la ménopause et il est remarquable par la longue durée de son évolution. Tous les auteurs signalent l'abondance de l'écoulement qu'il détermine et qui reste longtemps peu coloré et inodore. Il donne rarement lieu à des hémorrhagies ; les douleurs, rares au début, auraient, d'après Courty, le caractère des douleurs expulsives, ce que M. Routier n'a pas constaté dans ses observations.

Le toucher vaginal fait seulement reconnaître une légère augmentation de volume du corps ; la seule manœuvre qui permette d'une façon certaine un diagnostic précoce est la dilatation du col suivie du toucher intra-utérin.

L'hystérectomie vaginale doit être faite le plus tôt possible ; sa seule contre-indication est la perte de mobilité de l'utérus.

PROPOSITION PARADOXALE SUR LA SITUATION DE L'UTÉRUS. — RÉTROVERSION UTÉRINE. — RÉDUCTION ET CONTENTION.

M. Berrut (de Paris). — La rétroversion s'annonce par des symptômes fonctionnels qui lui sont communs avec les autres déviations utérines ; le toucher seul permet le diagnostic différentiel.

La réplétion de la vessie, l'approche ou l'existence des règles peuvent simuler ou exagérer la rétroversion ; il ne faut entreprendre le traitement qu'après plusieurs examens confirmatifs. Ce traitement comprend la réduction et la contention.

La réduction a une importance capitale ; on la fait souvent incomplètement parce que dans la position habituelle du spéculum celle qu'on peut obtenir est instable et que la déformation se reproduit avant que le pessaire soit en place ; la position genu-pectorale est nécessaire pour obtenir une réduction durable.

Le meilleur instrument de contention est un anneau sigmoïde de dimensions convenables.

Dans plus de 244 observations personnelles M. Berrut a pu faire disparaître les symptômes de diverses déviations utérines ; il a même obtenu un certain nombre de guérisons définitives qui se sont maintenues de 2 à 14 ans après l'ablation du pessaire.

Il faut donc essayer la contention avant de recourir à l'opération, au raccourcissement des ligaments ronds par exemple.

La situation instable de l'utérus dans l'espèce humaine est la preuve évidente, pour M. Berrut, que la femme était destinée à l'attitude quadrupède.

(*Bul. Med.*)

DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

M. Doléris fait une communication basée sur trente observations, d'où il résulte que les déplacements de l'utérus ont des causes multiples tenant au support pelvien, aux ligaments, au stroma utérin lui-même, d'où des indications multiples pour le traitement. Ce traitement est surtout basé sur la combinaison des opérations plastiques avec le raccourcissement des ligaments ronds.

TENETTE LITHOCLASTE SPÉCIALEMENT DESTINÉE A LA LITHOTRITIE CHEZ LA FEMME.

M. Hamon du Fougeray (du Mans). La lithotritie, chez la femme, a été très négligée. Il en est résulté qu'aucun instrument spécial et construit sur des données anatomiques, n'a vu le jour jusqu'à présent. La tenette lithoclaste en question parait devoir réparer cette omission. Le broiement se fait d'après le système du céphalotribe, comme dans la tenette de Nélaton. Mais ce qui constitue vraiment l'instrument, c'est la disposition des mors, qui passent fermés par un urèthre dilaté à 18 millimètres seulement. Il n'y a pas chances d'incontinence. Le broiement s'effectue facilement.

L'opération comprend quatre temps :

1° Dilatation de l'urèthre à 18 millimètres ;

2° Introduction de l'instrument :

3° Recherche et prise du calcul ;

4° Broiement et évacuation.

L'évacuation se fait avec l'instrument lui-même que l'on retire et réintroduit autant de fois qu'il est nécessaire. On peut y joindre avantageusement des irrigations boriquées.

D'après l'auteur, cet instrument est d'un maniement très facile, et, si la taille conservera toujours ses indications, il est bon cependant de ne tailler que lorsqu'il y a nécessité.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 15 *mars* 1888.

TRAUMATISME CHIRURGICAL ET GROSSESSE.

M. Tisné communique l'observation d'une femme qui fut opérée au cinquième mois de la grossesse d'une entéro-épiplocèle avec hydropisie énorme du sac. Au deuxième jour, la fièvre monta à 39°5, et le lendemain, la malade présentait une teinte ictérique généralisée. Un mois après, alors que la plaie était presque complètement guérie, la malade accoucha avant terme d'un enfant ictérique.

Cette observation concorde avec l'opinion émise par M. Marchand, qui admet que, pour être dangereuse au point de vue de l'avortement, la fièvre doit être septique, et que l'hyperthermie seule ne suffit pas à le provoquer. Toutefois avec M. Berger, l'auteur se demande si l'avortement n'est pas une suite éloignée de l'opération. Quant à l'ictère du fœtus coïncidant avec celui de la mère, il constitue un fait très rare ; à raison d'un autre fait semblable et où l'enfant est né à terme et a vécu, l'auteur pense qu'il y a eu simplement passage des matières colorantes du sang de la mère à celui du fœtus, sans que celui-ci ait été malade.

M. Porack. — L'ictère congénital est en effet extrêmement rare ; pour ma part, je n'en ai vu que deux cas sans autopsie. Dans les autres cas qui me sont connus, il y a eu 13 fois oblitération congénitale du canal cholédoque comme cause de cet ictère.

L'oblitération du canal cholédoque produit expérimentalement de la cirrhose hypertrophique que l'on constata aussi dans ces autopsies. L'ictère congénital est grave par les causes qui le produisent, mais en général l'ictère des nouveaux-nés est d'un pronostic bénin.

M. Reynier. — En général, le traumatisme chirurgical aseptique ne nuit pas à la grossesse. J'ai vu même deux cas d'ovariotomie chez des femmes enceintes, dont un cas m'est personnel, dans lesquels la grossesse a continué son cours. Il est vrai que les femmes étaient enceintes de un à deux mois. Ce qui est nuisible à la grossesse, c'est l'élévation de température d'origine septique allant au delà de 38°.

M. Porack. — J'ai cautérisé le vagin d'une femme enceinte

atteinte de nombreux et volumineux condylomes pouvant faire obstacle à l'accouchement, sans suites fâcheuses pour la grossesse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

NOTE SUR UN CAS D'HYDRO-SALPYNGITE, SON NOUVEAU TRAITEMENT ÉLECTRIQUE.

Par le Dr G. Apostoli.

Le Dr G. Apostoli a fait, à la Société de médecine de Paris, une lecture dont voici les conclusions sommaires :

1° La fièvre et l'état inflammatoire ne sont pas une contre-indication absolue, en gynécologie, à l'application méthodique et appropriée du courant galvanique.

2° Les inflammations non suppurées des annexes de l'utérus peuvent être utilement traitées par le courant de pile qui, s'il est favorable dans les périodes congestives et inflammatoires au premier degré, me paraît au contraire contre-indiqué dans le cas de suppuration confirmée ; j'en excepte toutefois le cas où la cautérisation électrique, sous forme tubulaire, servirait à créer au pus voisin de la paroi vaginale, une issue plus favorable et plus sûre.

3° La galvano-caustique pénétrante, sous forme de galvano-puncture, est un précieux moyen qui peut remplir un double but : 1° faire avorter une phlegmasie au début et arrêter un processus inflammatoire dans son évolution ; 2° permettre l'évacuation facile d'une collection liquide, grâce à la chute de l'eschare consécutive, à la condition toutefois que cette collection soit accolée au cul-de-sac vaginal.

4° Tout exsudat inflammatoire faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal doit être justiciable (sauf les restrictions que je ferai connaître ultérieurement) de la galvano-caustique pénétrante.

5° Cette méthode pourra s'appliquer avec succès à certaines salpyngites et à l'hydro-salpyngite, et avec d'autant plus de facilité et d'innocuité qu'il y aura une juxtaposition plus intime de la tumeur et de la paroi vaginale.

6° Dans toute galvano-puncture, on devra scrupuleusement observer les règles que j'ai précédemment formulées, concernant :

le siège de la ponction, sa profondeur, la grandeur du trocart, les soins antiseptiques, le repos de la malade, etc.

7° Deux seules galvano-punctures vaginales négatives dans un cas d'hydro-salpyngite aigu ont suffi pour amener très rapidement une régression considérable anatomique et une guérison absolue symptomatique. (*Revue de thérap. médico-chirurgicale.*)

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX.

ENTÉRITE MEMBRANEUSE.

M. A. Chevalier présente une production membraneuse ou pseudo-membrane de trois mètres de long, rendue dernièrement pendant les efforts de défécation par une femme jeune et légèrement hystérique.

M. Rolland dit que, l'année dernière, il a recueilli une production semblable et que l'examen histologique lui a démontré qu'il s'agissait bien de la muqueuse intestinale desquamée.

M. Arnozan croit que les faits de cette nature sont plus fréquents qu'on ne pense et mériteraient d'être étudiés avec plus de soin. Il a eu l'occasion d'observer plusieurs fois des productions analogues.

M. W. Dubreuilh fait remarquer la coïncidence de l'expulsion de ces membranes et de l'état nerveux plus ou moins accentué des personnes qui les ont expulsées.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS (19 oct. 1887).

POLYPE INTRA-UTÉRIN

M. Doyen présente de nombreux fragments d'un polype intra-utérin, extraits de la matrice d'une femme âgée de 49 ans. Le fond de l'utérus montait à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic ; le col était entr'ouvert sur une étendue d'environ 4 centimètres.

Des métrorrhagies abondantes avaient déjà nécessité le tamponnement vaginal : elle avait éprouvé de la dysurie, de la rétention des matières fécales et des douleurs dans le ventre avec irradiations le long des cuisses.

Hystérectomie vaginale : On coupa l'utérus en deux parties : après avoir incisé la muqueuse sur le corps fibreux, on pratiqua l'ablation successive de seize fragments volumineux avec l'aide de pinces diverses et de ciseaux ; il restait une masse plus grosse que la tête d'un fœtus insérée sur la partie antérieure du corps utérin ; on la décolla avec les doigts, puis on la détacha de la même manière que les morceaux précédents. Pansement antiseptique et administration d'ergotine. Au bout de cinq à six jours, l'état est très satisfaisant.

M. Doyen conclut en disant qu'il ne faut pas attendre l'époque de la ménopause pour enlever des corps fibreux, lorsque ceux-ci sont la cause de douleurs vives et d'hémorrhagies fréquentes, l'intervention chirurgicale est indiquée.

KYSTE DE L'OVAIRE.

M. Decès présente à la Société une femme de 35 ans, ayant subi l'opération de Porro et l'extirpation d'un kyste ovarique. Cette malade avait eu huit enfants. Elle éprouvait les symptômes d'un kyste de l'ovaire. Il y avait deux ans qu'elle n'avait pas vu ses règles. Pendant l'opération, on s'aperçut que l'utérus était gravide ; on put extraire un fœtus de 4 mois 1/2. L'opérée est en très bonne santé, et la cicatrisation est parfaite.

KYSTES.

M. Guelliot présente deux kystes qu'il a enlevés le matin même. L'un d'eux est un kyste ovarique multiloculaire facile à enlever ; l'autre était complètement inclus dans le ligament large avec des adhérences multiples et épaisses, pénétrant jusqu'au fond du bassin et émettant un prolongement entre le rectum et l'utérus. Il avait pratiqué quelque temps auparavant une ponction : il s'était écoulé environ un litre de sérosité filante. Des symptômes douloureux et des phénomènes de compression ont fait décider de l'intervention, malgré la difficulté de l'extraction.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN.

Séance du 4 janvier 1888. — Présidence de M. Virchow.

COLITE PAR INTOXICATION AVEC LE SUBLIMÉ.

M. Virchow. — Voici encore trois cas de colite due à l'intoxication par le sublimé.

Obs. I. — Femme de 25 ans. Avortement. Lavage de la cavité utérine, d'abord avec un litre d'une solution de sublimé au 1/1500 puis avec un litre au 1/5000. Diarrhée incoercible, vomissements, anurie ; mort en collapsus. Autopsie : le côlon dans sa totalité et la majeure partie de l'iléon présentent une infiltration diphthéroïde et hémorrhagique des plus intenses.

Obs. II. — Fille de 21 ans, morte trois semaines après un accouchement. Quinze jours avant la mort, lavage intra-utérin avec deux litres d'une solution de sublimé au 1/4000. Autopsie ; pas de colite, mais certaines parties de l'iléon sont fortement tuméfiées et à surface hémorrhagique.

Obs. III. — Jeune homme atteint de noma de la bouche. Gargarismes avec une solution de sublimé 1/2000. Autopsie : affection diphthéroïde du rectum.

REVUE DE LA PRESSE

L'ANTIPYRINE DANS L'ACCOUCHEMENT NATUREL.

M. Laget (de Marseille) a employé l'antipyrine dans un cas d'accouchement prématuré, à la période d'expulsion, et alors que les douleurs très pénibles qui accompagnaient les contractions rendaient celles-ci peu efficaces.

Deux doses successives d'antipyrine, de deux grammes chacune, ont amené rapidement une diminution rapide de la douleur, et, comme conséquence, une régularisation et un effet utile plus marqué des contractions utérines dont la puissance n'a été nullement diminuée. L'antipyrine a été employée en lavement.

M. Laget croit qu'on pourrait sans danger employer des doses plus rapprochées ou plus massives, mais que cela, évidemment, dépend des indications de chaque cas.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

A Birmingham (*British medical Association, Birmingham Branch*) M. LAWSON TAIT a montré des préparations de la grossesse extra-utérine, dans toutes les périodes du développement, depuis la rupture la plus précoce, entre la troisième et la quatrième semaine, jusqu'à terme. Ces préparations, d'après M. Tait, justifient la théorie émise par lui que toute grossesse extra-utérine était due à la fertilisation de l'œuf sur la paroi dénudée du tube de Falloppe. Si la rupture avait lieu dans la cavité du péritoine, la mort s'en suivait ; si au contraire, elle avait lieu entre les feuillets du ligament large, l'hémorrhagie n'était pas importante et la grossesse pouvait aller à terme. Généralement le fœtus meurt et est expulsé par la suppuration à travers la vessie, le vagin, etc. M. Tait a opéré sept fois des femmes ayant une grossesse extra-utérine à terme.

Une des préparations provenait d'une femme de Nottingham, opérée d'urgence par suite de la rupture du sac. Il a ouvert l'abdomen, enlevé le fœtus, le placenta et le restant du tube de Falloppe, appliquant une ligature à ce dernier. Une partie du placenta s'était implantée sur les intestins, derrière la matrice ; la femme a guéri rapidement.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE.

On lit dans le numéro de novembre 1887 de *The american Lancet* le fait suivant très curieux, rapporté par le docteur Chazan : Une femme enceinte était tourmentée par des vomissements rebelles, et l'on ne pouvait trouver aucune cause pathologique qui expliquât ces vomissements. Toutefois, elle ne pouvait se consoler d'être enceinte. On la soumit à l'éthérisation ; puis, on lui fit croire qu'on l'avait délivrée de son fœtus. Les vomissements cessèrent immédiatement, le docteur Chazan conclut de ce fait que, dans la plupart des cas, les vomissements incoercibles de la grossesse sont peut-être produits par une affection du système nerveux ou de l'esprit, et non par une condition anormale des organes génitaux, comme plusieurs pathologistes le croient. — R. (*Rev. méd.*)

SCARLATINE ET GROSSESSE.

M. BOXALL communique à la Société pathologique de Londres une

série de cas relatifs aux rapports de la scarlatine avec la grossesse et l'état puerpéral. Il pense que les anomalies que présente la scarlatine, chez la femme enceinte, sont dues aux conditions spéciales qu'offrent la grossesse et l'état puerpéral.

Rare pendant la grossesse, la scarlatine est plus fréquente après l'accouchement : et la cause paraît être la plus facile inoculation au moment de la délivrance. De même, chez une jeune fille, l'infection est plus aisée quelques jours avant, ou pendant, ou peu après la menstruation. M. Boxall pense que si elle a lieu avant, les règles sont avancées ; et, si elle a lieu pendant, la période d'incubation est moindre.

L'évolution des symptômes est variable suivant que la femme est simplement enceinte ou bien en travail. L'angine est régulière dans une scarlatine de grossesse : elle n'existe généralement pas dans la scarlatine puerpérale. Les sudamina et l'urticaire se rencontrent fréquemment.

Examinant ensuite les effets de la scarlatine sur le travail, M. Boxall conclut que si le travail se manifeste pendant la période d'inoculation, il est normal ; s'il commence pendant l'éruption, il y a souvent inertie utérine et hémorrhagie.

(*Bull. méd.*)

CASTRATION CHEZ LA FEMME.

M. Reverdin a présenté à la Société de Médecine de Genève deux ovaires dont il a fait récemment l'extirpation, chez une femme qui se plaignait de vives douleurs permanentes depuis quelque temps, avec troubles nerveux, et dont la santé générale était par là gravement compromise.

M. Reverdin conclut en disant que les meilleures conséquences à tirer de ce cas et d'autres qu'il a opérés antérieurement peuvent se résumer dans les deux points suivants :

1° Il faut toujours examiner la femme pendant l'anesthésie. Ce n'est qu'après avoir éthérisé la malade que le toucher permet d'explorer à fond les organes du bassin. Ainsi, dans le cas présent, tout ce que l'on pouvait constater chez la femme non endormie, outre un peu de rétroflexion de la matrice, c'était une douleur très violente, dès que le doigt arrivait dans le cul-de-sac latéral gauche de la partie vaginale. Par contre, aussitôt que la malade fut endormie, on put

constater avec la plus grande facilité la tuméfaction de l'ovaire gauche et l'état bosselé de sa surface.

La constatation de cette altération organique de l'ovaire est de la plus grande importance. C'est, en effet, à la suite de cette constatation que l'opération de la castration fut décidée et pratiquée. L'examen nécroscopique confirma le diagnostic. L'ovaire gauche était très volumineux. Il était atteint de dégénérescence kystique. A droite, l'organe était moins profondément dégénéré.

M. Reverdin pense qu'il ne faut jamais opérer si l'on ne trouve pas, à l'examen, une altération palpable des ovaires. Parmi tous les faits de castration dans les maladies nerveuses de la femme qui ont été publiés depuis quelques mois, beaucoup n'ont donné aucun résultat favorable. Cela provient, sans doute, de ce qu'on ne s'en est pas tenu strictement à cette règle. Les femmes opérées par M. Reverdin ont *toujours* éprouvé un grand soulagement après la castration. Les *douleurs* ont disparu et les symptômes ne sont amendés.

Quant à l'opération elle-même, elle n'offre pas de difficultés spéciales à signaler. Les suites en sont toujours bénignes, lorsque les précautions antiseptiques ont été rigoureuses. Guérison rapide, sans que la température ait dépassé 37°5. M. Reverdin a remarqué dans plusieurs cas, quelques jours après la castration, un écoulement sanguinolent peu abondant, par les parties génitales. Cet écoulement présentait tout à fait le caractère des époques. Par la suite, les règles se suppriment complètement.

(*Bull. méd.*)

APPAREIL POUR FAIRE LES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES SOUS EAU

Par Kaschkahoff.

L'eau pouvant être plus plus facilement et plus sûrement stérilisée, l'auteur s'occupe en ce moment de construire un appareil qui permettra d'opérer sous eau. L'eau qu'on emploiera devra être chaude et désinfectée ; elle sera renouvelée constamment par un mécanisme spécial adapté à l'appareil. Pour ne pas avoir besoin d'une trop grande quantité de liquide, l'appareil sera construit de façon à ce que seul le segment inférieur du tronc et les parties sexuelles soient submergés. L'auteur dit avoir opéré déjà plusieurs fois, mais dans de l'eau non désinfectée et non renouvelée (version sur les pieds, crâniotomie, etc.,) et avoir obtenu de très bons résultats, tant au

point de vue de la facilité qu'au point de vue des suites de l'opération.

Au siècle précédent déjà, Aitken avait fait remarquer qu'il était beaucoup moins dangereux de faire l'opération césarienne dans un bain chaud qu'à l'air libre. Quelque temps après d'autres chirurgiens essayèrent aussi d'opérer sous eau ; mais leurs essais furent peu encourageants, les opérations n'étant pas comme aujourd'hui fort peu sanglantes ; l'eau qui n'était pas constamment renouvelée se teignait rapidement en rouge.

S. FREDERICQ.

CALCUL URINAIRE VOLUMINEUX RENDU PAR L'URÈTHRE. — CONSIDÉRATIONS SUR LA LITHOTRITIE CHEZ LES ENFANTS.

(Clinique de Naples : Professeur MORELLI.)

Un enfant de 8 ans est conduit à l'hôpital Melorio (de Santa-Maria Capua Vetere) pour une retention d'urine des plus graves. La vessie dépassait l'ombilic de deux travers de doigt ; les parties génitales externes étaient œdématiées et cyanosées, la température à 36°. Le cathéter se heurtait à un calcul dans la fosse naviculaire et ne pouvait aller au delà. Il fallut élargir au bistouri le méat ; puis, au moyen d'une petite curette, on put extraire le corps étranger, qui parut brisé, et laissa supposer qu'une autre portion se trouvait plus profondément. En effet, on sentait le deuxième calcul à la partie prostato-membraneuse de l'urèthre, et par des manœuvres digitales d'arrière en avant, on finit par l'amener jusqu'au milieu de l'urèthre, où la curette put enfin parvenir à l'extraire. C'était un volumineux calcul de 0,028 millim. de long et de large tout à fait en disproportion avec l'état des parties et l'âge du sujet. La vessie se vida aussitôt de son contenu, des toniques furent donnés pendant quelques jours à l'enfant, qui se rétablit très vite, et quitta, guéri, l'hôpital.

M. le professeur Morelli termine cette observation en montrant les avantages de la lithotritie sur les autres méthodes de traitement des calculs chez les jeunes enfants.

(*Union médicale.*)

Dr MILLOT-CARPENTIER (de Vic-sur-Aisne).

ÉPINGLES A CHEVEUX DANS LA VESSIE.

A. Reverdin, de Genève, cite dans la dernière *Revue de la Suisse romande*, plusieurs observations d'épingles à cheveux tombées dans la vessie à la suite de manœuvres de masturbation féminines. Il indique ensuite la conduite que doit tenir le chirurgien en semblable occurrence. On lave d'abord la vessie à l'eau boriquée pour faciliter la tolérance.

Tantôt l'épingle vient d'être introduite ; tantôt elle séjourne, au contraire, depuis un temps plus ou moins long dans la vessie. Il est clair que, dans ce dernier cas, les accidents de la cystite sont toujours à redouter. En outre, les incrustations qui se font autour des corps étrangers, peuvent acquérir un volume tel qu'elles deviennent à leur tour un obstacle considérable à leur extraction.

Les procédés les plus simples étant toujours les meilleurs, je crois que les pinces droites et minces seront ordinairement suffisantes. Il est évident que, dans le cas de calcul, le lithotriteur reprend ses droits ; mais lorsqu'il ne s'agit que d'épingles, la pince est de tous les instruments le plus commode.

Quant à la dilatation de l'urèthre, on fera bien de s'en passer, d'autant qu'elle est le plus souvent inutile, et quelquefois suivie d'incontinence, toujours gênante, sinon dangereuse.

Etant donné que la pince est le meilleur instrument, comment faut-il s'en servir ? La question est embarrassante, car bien que généralement les épingles présentent leurs pointes en avant, il est facile de comprendre que ceci n'a rien d'absolu et que, même, cette position ayant existé primitivement, de nombreuses causes ont pu la modifier. Citons par exemple les contractions vésicales, la marche, l'abondance de l'urine, les manœuvres plus ou moins intempestives, dues à des mains émues ou maladroites.

Il est clair que, lorsqu'on a la chance de saisir l'épingle par son extrémité mousse, les choses sont singulièrement facilitées ; c'est à cela qu'il faut tendre, et le doigt introduit dans le vagin est un précieux auxiliaire que je préfère de beaucoup à ces instruments compliqués qui sont censés opérer avec une précision mathématique.

Le point capital pour faire une bonne prise, c'est tout d'abord de reconnaître exactement la situation de l'épingle ; comme pour un accouchement, il s'agit, en effet, de faire coïncider les diamètres les plus favorables.

UNE OVARIOTOMIE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE.

Le Dr Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, publie dans le *Bulletin médical* l'observation d'une hystérique chez laquelle il fit, le 25 juillet dernier, à l'hôpital Saint-Antoine, une ovariotomie pour un kyste de l'ovaire. Pendant l'opération, tout se passa d'une façon régulière, mais dans l'après-midi la maladie devint agitée, voulut se lever et l'on eut beaucoup de peine à l'immobiliser dans un lit. Le lendemain, 26 juillet, elle est prise d'une grande attaque d'hystérie, son corps se plie en cercle. Cette attaque est suivie de plusieurs petites et la malade, revenue à elle, profite d'un moment où la surveillance dont elle est l'objet est relâchée pour « se lever, sortir de sa « chambre, se promener dans le couloir, parcourir une distance de « 19 mètres avant qu'on ait pu la reconduire à son lit. Il n'y a pas « trente heures que l'opération est faite ! »

La nuit suivante, elle se lève à nouveau et va s'asseoir dans un fauteuil ; on la reconduit encore à son lit, mais cette fois, ce n'est pas sans peine, car elle lutte avec l'infirmière.

Le lendemain 27, la malade se lève une troisième fois, malgré les efforts que l'on fait pour la retenir. Elle brutalise même l'infirmière préposée à sa garde, lui donne un soufflet, la saisit par le cou comme pour l'étrangler, sort de sa chambre, va à la cuisine, ouvre la porte et crie à la surveillante ébahie : « Coucou, me voilà ! » On se précipite, on la recouche. « Cette fois. quarante-huit heures après « l'opération, elle a parcouru 25 mètres à pied et s'est livrée à un vé« ritable exercice de pugilat. »

La nuit suivante est également très agitée.

Le lendemain 28, nouvelle grande attaque avec clownisme, après laquelle la malade descend pour la quatrième fois, sort de sa chambre et va s'asseoir dans le fauteuil d'une chambre à côté. C'est encore à grand'peine qu'on la remet dans son lit. Il va sans dire qu'en présence de ces excentricités, la question de la camisole de force avait été agitée ; nous y avons renoncé, persuadés que l'emploi de la violence, loin de calmer la malade, eût encore exagéré son agitation.

Le 29, au moment de la visite, la malade est calme, sa température est de 38°, elle n'éprouve aucun accident. M. Prengrueber défait alors le pansement et voici ce qu'il constate : Le ventre est souple, indolore, les points de sutures, qui fort heureusement étaient très rapprochés et faits avec des fils d'argent assez gros, ont parfaitement tenu.

En somme, l'état local est des plus satisfaisants ; notons cependant que la peau du ventre est recouverte, sous le pansement, d'énormes sudamina. La chaleur de ce pansement et la température élevée de l'atmosphère en sont les seules causes.

Les jours suivants, l'état mental de la malade paraît être redevenu normal ; elle reste dans son lit, calme et tranquille comme toutes les opérées dont les suites opératoires sont favorables, et si l'on excepte une attaque d'hystérie de force moyenne survenue le 31 juillet, on peut dire qu'il ne s'est produit aucun accident digne d'être signalé jusqu'au moment de la convalescence.

Cette observation fait le plus grand honneur à l'habileté de M. Prengrueber ; il n'en faudrait pas conclure qu'il soit désormais permis de faire courir la prétentaine aux malades après des opérations d'ovariotomie.

DE L'ACTION MÉDICAMENTEUSE A DISTANCE.

M. le professeur BERNHEIM, de Nancy, publie sur ce sujet, dans la *Revue de l'hypnotisme*, un article très judicieux dont nous reproduisons les conclusions. Après avoir fait diverses expériences avec des résultats absolument négatifs sur une jeune fille qui précisément lui avait été indiquée comme sensible à l'action des médicaments à distance, M. Bernheim voudrait voir entourer les expériences de plus de rigueur, et il formule divers desiderata qui ne nous paraissent pas avoir été jusqu'ici suffisamment remplis :

« 1° Faire préparer, par une tierce personne qui n'assistera pas à l'expérience, une série de substances à actions nettement définies dans des flacons portant des numéros ;

2° Mettre sous enveloppe cachetée les noms des substances correspondant à chaque numéro ;

3° Chez les sujets déjà soumis à ces expériences, employer autant que possible des substances n'ayant pas été expérimentées chez eux pour éviter les coïncidences par rappel d'impressions;

4° Inscrire tous les phénomènes, à mesure qu'ils se manifestent pendant les expériences ;

5° N'ouvrir l'enveloppe que lorsque les expériences seront toutes terminées et que le sujet sera parti ;

Si, dans ces conditions, les phénomènes observés concordent avec

l'action des substances expérimentées, il faudra bien admettre qu'il y a autre chose que la suggestion. »

Jusqu'à nouvel ordre on sera donc fortement autorisé à douter de l'existence de phénomènes qui jurent avec toutes les notions scientifiques acquises jusqu'ici. A. CH.

(*France médicale.*)

VARIÉTÉS

LE CORSET EST-IL UTILE OU NUISIBLE ?

L'HOMME, *journal illustré des sciences anthropologiques*, dirigé par M. Gabriel de Mortillet, dans son numéro du 25 septembre dernier, nous donne la courte étude suivante : *Du mode respiratoire chez la femme* :

« L'on sait qu'il est généralement admis en physiologie que le mode respiratoire chez la femme est costal supérieur, et que chez l'homme il est costal inférieur et abdominal, c'est-à-dire que la femme obtient l'ampliation thoracique par l'élévation et l'écartement des côtes supérieures, alors que l'homme l'obtient par celle des côtes inférieures et l'abaissement du diaphragme. Cette différence a été souvent expliquée par la gestation et par le costume. Mays, de Philadelphie, a voulu étudier la question et il a examiné le type respiratoire de 81 jeunes filles de dix à vingt ans, de race indienne, pure ou croisée, et voici le résultat obtenu :

Type abdominal (diaphragmatique).........	75
Type costal.............................	3
Mixte (costo-abdominal).................	3

Il en résulte que chez a femme portant un costume qui ne la gêne pas (pas de corset, cela va sans dire), la respiration est décidément abdominale, et que le mode respiratoire de la femme civilisée (ou corsetée) est dû à son costume et non à la gestation. Pour Mays, ce n'est pas un mal ; pour lui, il y aurait une relation entre la fréquence plus grande de la tuberculose pulmonaire chez l'homme et le type respiratoire de celui-ci qui ne fournit point un renouvellement suffisant dans l'air du sommet des poumons.

CONSÉQUEMMENT, GRACE AU CORSET, LA FEMME EST MOINS DISPOSÉE A DEVENIR PHTHISIQUE !

— M. Paul Leroy-Beaulieu établissait, il y a quelques jours, dans le *Journal des Débats*, une statistique intéressante des naissances et de la mortalité en France pendant l'année 1886.

Les éléments de son travail étaient empruntés au tableau publié, quelques jours auparavant, par le *Journal officiel* du mouvement de la population dans notre pays.

Nous y trouvons les chiffres qui suivent :

L'augmentation annuelle et moyenne de la population est : en Russie, de 12,9 par 1,000 habitants ; dans les Pays-Bas, de 10,2 ; en Danemark, de 10,1 ; en Angleterre, de 9,3 ; en Belgique et en Allemagne, de 8,4 ; en Autriche-Hongrie, de 7,5 ; en Italie, de 6,7.

Elle n'était en France, il y a quelques années, que de 2,5 pour 1,000 et le taux baisse encore.

Il n'est que temps de réagir contre cette situation déplorable et de se préoccuper des moyens de remédier hygiéniquement et politiquement à cette lamentable dépopulation. Et ce moyen, le voici :

1° Allouer à tous les enfants au-dessous de deux ans une rente de 1 fr. par jour ;

2° Accorder aux pères de famille un dégrèvement de ses contributions, proportionnel au nombre de ses enfants.

NOUVELLES

—

Par décret, en date du 31 décembre 1887, a été nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur : Mme de Moissac, en religion Sœur Marie, supérieure des sœurs de Saint-Vincent de Paul, au Val-de-Grâce ; cinquante-quatre ans de services dans les hôpitaux, dont trente-deux au Val-de-Grâce a assisté aux épidémies cholériques de 1855, 1856, 1867 et 1868.

—

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — La Société tiendra désormais ses séances au Palais des Sociétés savantes, 14, rue des Poitevins. Les séances ont lieu à 3 heures 1/2, le deuxième jeudi de chaque mois. La prochaine séance de l'année 1888 aura lieu le jeudi 12 janvier.

—

MADRID. — Au mois d'avril prochain, un Congrès s'ouvrira à Madrid sous les auspices de la Société gynécologique espagnole. Il comprendra trois sections : obstétrique, gynécologie et maladies des enfants.

NÉCROLOGIE

MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine, fondateur des *Annales médico-chirurgicales* et auteur de nombreux travaux parmi lesquels nous rappellerons ses *Leçons sur les affections de l'utérus et de ses annexes, sur la blennorrhagie chez la femme* ; — sur la *vaginite blennorrhagique* ; — la *thérapeutique de la syphilis* et le *Traité clinique des affections de l'utérus*, etc., etc.

Lauréat de la médaille d'or de l'internat en 1863, M. Martineau était, depuis quelques années, le Vice-Secrétaire général de l'Association des médecins de France et dans ce poste, a rendu de nombreux services professionnels.

D'après ses dernières volontés, toute sa fortune personnelle, après la mort de sa mère, reviendra à l'Association générale.

BIBLIOTHÈQUE

La Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes, a reçu :

Annales d'orthopédie et de chirurgie pratiques, journal bi-mensuel fondé et publié par le Dr M. Bilhault.

L'électrothérapie, journal d'électricité médicale, paraissant tous les mois, fondé et dirigé par le Dr Léon Danion.

L'Électricité médicale manquait d'un organe spécial que vient de lui donner notre confrère Léon Danion. Nous lui adressons tous nos souhaits de bienvenue.

Nous avons le plaisir d'annoncer l'apparition d'un nouveau journal, la **Revue illustrée de Polytechnique médicale**, publiée sous la direction des docteurs Albert Le Blond et R. Chenet. Ce journal est destiné à faire connaître, aussitôt leur invention, les nouveaux instruments et appareils de médecine et de chirurgie français et étrangers. Nous souhaitons un bon succès à cette intéressante revue.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

32. — Du salicylate de soude dans la coqueluche, par le Dr AUMAITRE.

Les bons résultats que j'ai obtenus, dans deux cas de coqueluche, par l'emploi du salicylate de soude m'ont engagé à publier cette courte note.

Le 23 septembre dernier, je fus appelé à donner mes soins à la jeune Marie C..., âgée de 3 ans. Cette petite fille était malade depuis le 15 ; quand je la vis, elle avait en moyenne quatre ou cinq quintes par heure. Le samedi 24, on commença l'administration du remède. Je fis donner le salicylate de soude à la dose de 0,50 c. en deux paquets. Chaque paquet était mis dans un demi-verre d'eau sucrée, qui était donné, en deux fois, à une heure de distance. Il y eut, dès ce jour-là, un peu de mieux. Le dimanche, 25, le mieux s'accentua et au lieu de quatre quintes par heure, il n'y eut que dix quintes dans toute la journée. La nuit, l'administration du remède était suspendue et cependant le sommeil était assez bon. J'ai eu occasion de revoir cette petite malade et, le mieux s'accentuant de jour en jour, je l'ai envoyée en Vendée, comptant sur le changement d'air pour amener une complète guérison.

Le second enfant, que je vis le 23 septembre également, est âgé de 4 mois ; les quintes n'étaient pas très fréquentes (une à deux par heure au plus). Je commence aussitôt l'administration du salicylate de soude à la dose de 0,25 c. par jour à donner en trois fois dans un tiers de verre d'eau sucrée, et dès le 26 septembre on pouvait considérer la coqueluche comme en bonne voie d'amélioration.

(*Gazette médicale* de Nantes, du 9 oct. 1887.)

33. — De l'indigo comme emménagogue, par YOUNT (*Medical Record*, 9 juillet 1887). — L'indigo est un excellent emménagogue. Il est contre-indiqué chez les femmes enceintes, chez les personnes qui ont l'estomac susceptible ou qui ont été atteintes aupa-

ravant d'une inflammation des organes pelviens. On peut le donner à la dose de 20 à 25 centigr. deux à trois fois par jour : on peut aussi employer l'extrait concentré à la dose de 25 centigr. Pour administrer la poudre d'indigo, on peut la mélanger à une certaine quantité de bismuth et faire boire après un peu d'eau-de-vie. Quand on continue le remède pendant longtemps, il est bon de prescrire un peu de teinture de gentiane qu'on prend après chaque dose d'indigo.

(*Revue gén. de Clin. et thérap.*)

F. Rx.

34.— Action de l'ergotine sur l'involution de l'utérus, par Blanc (*Lyon méd.*, août 1887). — L'auteur a fait porter ses recherches sur cent femmes prises au lendemain d'un accouchement normal et suivies pendant dix jours. Pour apprécier exactement les modifications de volume subies par l'utérus, il a employé la mensuration externe. La préparation d'ergotine dont il s'est servi est la solution Yvon en injections sous-cutanées. Il résulte de ces recherches que la diminution de hauteur de la cavité utérine ne se fait pas sensiblement plus vite chez des femmes auxquelles on a administré l'ergotine que chez d'autres qui n'on rien pris. L'auteur en conclut que l'ergotine n'a aucune action sur l'involution utérine.

(*Revue gén. de clin. et de thérap*).

35. — Les injections hypodermiques d'éther dans la thérapeutique infantile, par Stocquart (*Archiv. de méd. et de chirurg. pratiques*, août 1887).

Il résulte des observations de l'auteur qu'à la dose d'un demi-gramme à l'âge de 1 à 6 mois, et d'un gramme à l'âge de deux ans, les injections hypodermiques d'éther sulfurique sont rapidement efficaces dans les états de dépression causés par l'athrepsie ou des diarrhées abondantes. Elles ont pour effet de tirer l'enfant au bout d'une minute de la somnolence et de relever l'état général. Ces injections faites dans la région trochantérienne sont bien supportées, et ne déterminent aucun accident local, si l'on se sert d'une canule aseptique.

Chez un enfant de quatre ans, atteint d'une fièvre typhoïde grave, et au dernier degré de la prostration, alors que le pouls était devenu imperceptible, la respiration de plus en plus rare, et la mort immi-

nente, nous pratiquâmes à la cuisse une injection d'un centimètre cube d'éther. Au bout de quelques minutes, l'enfant commençait à se ranimer, la respiration devenait plus fréquente, le pouls plus fort ; le visage perdait sa teinte cireuse pour prendre une coloration plus vive, en même temps que l'odeur de l'éther commençait à se dégager par la bouche, preuve que le médicament avait été bien absorbé. Plus tard, dans une nouvelle crise, une nouvelle injection d'éther procurait le même succès.

Dans ce cas, comme dans ceux rapportés par M. Stocquart, l'éther est le meilleur et le plus rapide des stimulants diffusibles, et permet de résister pendant un temps suffisamment long pour arriver à la convalescence.

(*Revue gén. de clin. et de thérap.*)

36. — Sialorrhée de la grossesse et son traitement. — « En général, dit le Dr Justus SCHRAMM, de tous les troubles digestifs de la grossesse, le flux salivaire est celui qui excite le moins l'attention, parce qu'il ne présente à aucun point de vue une gravité comparable à celle des vomissements incoercibles et cesse de lui-même. » Les auteurs des traités didactiques d'accouchements en parlent à peine. Naegele et Grenser indiquent ce symptôme sans rien dire sur les moyens de le combattre. Scanzoni croit que le flux salivaire tient à une excitation des glandes excitées par le sang modifié dans sa composition ; il ne se présenterait que dans les premiers mois de la grossesse, serait peu dangereux et disparaîtrait le plus souvent de lui-même sans l'intervention du médecin. Schroeder se borne à recommander les collutoires astringents. Spiegelberg insiste sur ce phénomène dont il a observé dans deux cas l'influence débilitante. Dans quelques cas ce flux dépendrait, selon lui, d'une anomalie de l'innervation. Les collutoires astringents ne présenteraient donc aucune utilité. Les meilleurs médicaments sont le fer et une nourriture fortifiante ; l'iodure de potassium peut être donné, à condition, toutefois, que l'on prenne en considération l'état gravidique ; Ebstein a conseillé l'atropine qui modifie la sécrétion salivaire. Il résulte de tout ce qui précède que la salivation excessive est une anomalie rare de la sécrétion salivaire ; on ne trouve pas, d'après ce que l'auteur connaît, dans toute la littérature médicale d'exemples

dans lesquels cette sécrétion ait été suffisante pour épuiser les malades. Dans le cours de l'année 1885, il a eu l'occasion d'observer une sialorrhée qui a persisté pendant toute la durée de la grossesse. L'amaigrissement et l'affaiblissement furent tels qu'il fallut recourir aux médicaments les plus énergiques. Voici son observation : Joa Walthier, demoiselle de magasin, entre à l'hôpital le 21 août 1885, toujours bien portante pendant l'enfance et l'adolescence, elle souffre depuis dix-huit mois de constriction épigastrique, de faiblesse et d'amaigrissement.

A son entrée, anémie marquée, gencives rouges et tuméfiées. Epigastre un peu saillant, douloureux à la pression. Matité hépatique normale, selles régulières. Pas de fièvre, pas d'albumine ni de sucre dans l'urine. Pouls petit, sans amélioration, inappétence, nausées fréquentes, sommeil interrompu par le flux salivaire ; 1,200 cent. cubes de salive en vingt-quatre heures. Au début on songea au mercurialisme, hypothèse dont on reconnut bientôt l'inexactitude. On prescrit : un collutoire et une solution d'iodure de potassium (150).

Le 25. La salivation continue, grande faiblesse.

Le 30. Etat général meilleur, la sialorrhée est la même.

10 septembre. Plus de nausées ni de vomissements ; appétit meilleur.

Le 15. Goût amer dans la bouche ; prend difficilement l'iodure de potassium, on le remplace par une pilule de 1/2 milligramme d'atropine.

Le 18. Mydriase et prurit du cou, ne prendra plus d'atropine que tous les deux jours.

7 octobre. Céphalée, malaise, l'atropine a diminué la salivation, on la remplace sans accidents par la duboisine.

Le 23. On apprend accidentellement que les règles sont suspendues depuis le mois de juin ; la salivation continue. Par l'examen des organes génitaux on porte le diagnostic de grossesse au cinquième mois et on fait passer la malade du service de médecine dans un service de gynécologie.

Le 30. Galvanisation du sympathique, la quantité de salive n'est plus que de 6 à 700 grammes. La céphalalgie et le malaise continuent.

3 novembre. Même état ; injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de pilocarpine.

Le 4. La quantité de salive a augmenté après l'injection ; elle redi-

minue très vite, et la moyenne des vingt-quatre heures redevient ce qu'elle était.

Le 6. Trois injections de pilocarpine ont été faites jusqu'à ce jour, la quantité de salive est toujours de 6 à 700 cent. cubes. Grande faiblesse, teinture de malate de fer, trois fois par jour, 15 gouttes de teinture composée de quinquina.

Le 12. Après les injections de pilocarpine, les douleurs disparaissent ; pas d'altération ; la moyenne journalière de la salive est de 6 à 700 cent. cubes.

Le 15. Injection de 1 cent. de pilocarpine ; à partir du 28 novembre, on remplaça les injections d'atropine par une cuillerée à bouche d'une solution de bromure de potassium (5,25) ; le 28 novembre, la quantité de salive était de 200 cent. cubes. L'examen chimique de la salive, fait par le Dr Fleck, donna les résultats suivants : le liquide, blanc jaunâtre, trouble, présente une réaction faiblement alcaline et possède un poids spécifique de 1,0025 à la température de 15° cent. ; *100* grammes renferment :

99,5465 0/0 d'eau.

0,4525 de parties constitutives dissoutes.

0,2434 de substances organiques (0,1044 de mucine).

0,2091 de sels : chlorures alcalins, 0,1152.

Phosphate de chaux et de magnésie, 0,0144.

Phosphates alcalins, 0,0792.

Si maintenant on jette un coup d'œil rétrospectif sur les différents médicaments employés, on verra que l'iodure de potassium fut donné dans l'hypothèse où l'on s'était placé : que la sialorrhée tenait au mercurialisme. Du reste, Lemaistre l'a déjà recommandé dans le ptyalisme de la grossesse. Après vingt-quatre jours, l'iodure de potassium n'avait pas exercé la moindre influence sur le symptôme. L'atropine, si chaudement recommandée par Heidenhain et Ebstein, l'a diminué, mais ne l'a pas fait disparaître. Il fallut cesser son emploi, parce que des signes d'intoxication se montrèrent. D'après les auteurs cités, l'atropine n'augmente pas l'action du sympathique ; si elle diminue la sécrétion salivaire, c'est par l'intermédiaire de la circulation en diminuant l'excitation de la corde du tympan. Nothnagel, Rossbach, Helmkampf, nous ont, du reste, appris par des expériences relativement nombreuses, que dans certains cas l'atropine n'exerce aucune influence sur la sécrétion salivaire ; la duboisine n'a pas réussi. La galvanisation du sympathique a diminué la sialorrhée sans pourtant

l'enrayer tout à fait ; il y a donc lieu de supposer que cette sécrétion de nature réflexe avait l'utérus pour point de départ.

Dans ces derniers temps, la pilocarpine a été conseillée par Labbé et Davezeaux, contre le ptyalisme gravidique. Tous les deux ont réussi par des injections de 1 à 2 centigrammes de pilocarpine à enrayer des cas sérieux de salivation. C'est à cause de cela que l'auteur a voulu essayer à son tour de recourir au même moyen. Si la pilocarpine ne produit pas une diminution du flux salivaire, il est étonnant qu'on ait vu après sept injections la quantité journalière de salive diminuer. On n'a eu ni vomissements, ni sueurs, et l'état général s'est amélioré. On ne sait pas trop, dans l'état actuel des choses, quand la pilocarpine augmente la sécrétion salivaire et quand elle la diminue. D'après les recherches de Curschmann, cela dépendrait de la dose employée ; Ewald a étudié chez les chiens l'état des glandes sous-maxillaires après les injections de pilocarpine. Il commença par de petites doses et put se convaincre qu'elles ne produisaient pas de salivation. Il parut douteux pourtant à la produire comme le veut Labbé. Du reste, les injections de pilocarpine ne réussissent pas mieux que les autres médicaments à donner une modification rapide et convenable ; on ne l'obtint que par le bromure de potassium ; à partir du jour où on l'administra, on vit la salive diminuer rapidement ; en même temps les forces revinrent. Il est probable que le bromure avait, dans ce cas, diminué l'excitation réflexe ; c'est un médicament qu'on peut administrer sans inconvénients dans le cours de la grossesse ; à ce point de vue, il mérite la préférence sur tous les autres ; on peut admettre qu'il exerce son action sur les noyaux d'origine, le bulbe du facial, en même temps que sur les fibres centrales qui le relient au cerveau, de même que sur les fibres sécrétoires du grand sympathique.

Beaucoup de gynécologistes croient qu'il est inutile d'essayer de combattre le ptyalisme du début de la grossesse, parce qu'il cesserait de lui-même aussitôt que les premiers mouvements de l'enfant deviennent susceptibles. Dans les cas graves, ce phénomène continue pendant toute la grossesse et ne cesse qu'après l'accouchement. Richardon a rapporté des faits de cette nature. Le cas de M. Schramm contribue à démontrer que les premiers mouvements de l'enfant ne font nullement cesser le ptyalisme. Au cinquième mois ces mouvements deviennent perceptibles et cependant la quantité journalière de salive fut de 6 à 700 grammes ; on eût même eu une quantité plus

grande si l'on n'eût eu recours à différents moyens pour enrayer la sécrétion. Du reste, il ne faut jamais attendre les premiers mouvements fœtaux quand la déperdition du liquide est une cause d'affaiblissement. Dans certains cas, la quantité éliminée de cette manière, en vingt-quatre heures, peut être de plusieurs kilogrammes ; si l'on compte que la chose se répète plusieurs mois de suite, il est facile de concevoir jusqu'à quel point cela peut être nuisible. Et il n'est pas sans intérêt de ménager les forces d'une femme peu robuste pour le moment de l'accouchement et ses suites. La quantité de substance salivaire est trop faible pour que la perte des matières organiques et inorganiques ait une importance réelle pour la santé. On ne saurait voir dans l'hypersécrétion la cause de l'augmentation de l'amaigrissement et de la diminution des forces, mais plutôt dans la modification de la composition de la salive qui retentit sur le changement en sucre des matières amylacées.

Revenons aux données fournies par l'analyse chimique de la salive ; j'attribue la diminution du poids spécifique à celle des éléments solides. Avant tout, le ptyalisme auquel Ewald accorde la plus grande importance relativement aux phénomènes digestifs, fait défaut. Il est impossible que l'organisme supporte longtemps, sans en ressentir aucune influence, la suppression de l'action diastasique de la salive. A ce point de vue, l'opinion de Spiegelberg, qui ne voit entre cette salive normale qu'une différence dans la quantité d'eau, n'est pas satisfaisante.

Le flux salivaire prolongé et abondant est absolument rare ; l'auteur conclut de son travail que le bromure de potassium est le meilleur médicament de la sialorrhée de la grossesse. (*Mém. lu à la Soc. Gynécol. de Dresde*, le 15 mai 1886, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1886, p. 244, et *Paris médical.*)

37. — **De l'emploi du rhus aromaticus dans l'incontinence nocturne d'urine des enfants**, par MAX (*la Clinique*, août 1887). — Cette affection est peut-être la plus désespérante et la plus rebelle, et la multiplicité des moyens employés pour la combattre indique que le remède spécifique est encore à trouver.

L'auteur, médecin de l'hospice des Enfants assistés, d'après les résultats favorables obtenus par le Dr Ellis (de Londres), a expéri-

menté la teinture d'écorce de rhus aromaticus qui possède des propriétés astringentes. Cependant, ce n'est pas la première fois qu'elle figure dans la thérapeutique. En effet, les médecins de la fin du siècle dernier, à la suite de Du Fresnoi, médecin en chef des armées royales, l'employaient déjà dans les paralysies des membres inférieurs et certaines débilités d'origine nerveuse.

M. Max a administré la teinture de rhus aromaticus aux doses quotidiennes de 20 à 50 gouttes chez onze enfants de 5 à 10 ans, atteints d'incontinence nocturne essentielle. Dans neuf cas, après un mois de traitement, il a obtenu une guérison complète ; il a échoué dans deux autres cas.

Ce résultat satisfaisant motivera de nouveaux essais, qui seront d'autant plus légitimes que ce médicament est facilement toléré par l'organisme.

(*Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*)

38. — Régularisation des menstrues suggérée, par M. BERNHEIM. — L'honorable médecin de Nancy a raconté, au Congrès de Toulouse, l'histoire suivante que nous donnons en abrégé.

Mme X..., âgée de 36 ans, mère de 3 enfants, vient me consulter, dit M. Bernheim, le 20 septembre 1886, pour un enrouement datant de neuf mois. Elle a eu autrefois de fréquentes crises d'hystérie qui ont diminué beaucoup depuis quatre à cinq ans. Cette année, elle n'en a encore eu que deux, et la dernière il y a quatre ou cinq mois. De plus, elle a des règles trop copieuses et trop fréquentes. Avant son premier accouchement, elle était réglée tous les vingt et un jours. Jamais elle n'a dépassé cette limite. Plus tard, ses règles sont venues tous les quinze jours ; enfin, depuis deux ans, tous les onze et treize jours. Ces règles sont abondantes, elles durent de quatre à cinq jours, s'accompagnent de crampes vives et sont précédées pendant deux à trois jours d'un état prononcé d'énervement avec mauvaise humeur, tremblement, antipathie pour ses enfants, symptômes qui disparaissent avec le flux. La dernière époque a eu lieu du 11 au 15 septembre. La malade est mise facilement en somnambulisme. L'oppression, l'enrouement, les points douloureux cèdent en quelques séances. Le 24 septembre, à la quatrième séance, je lui suggère qu'elle aura ses règles le 7 octobre (le 28e jour) sans douleurs ni malaises

précurseurs, que ses règles dureront trois jours, peu abondantes. Les règles apparurent dans la nuit du 7 au 8 octobre et durèrent trois jours. Un certain nombre de suggestions consécutives ont confirmé ces premiers résultats. Dans les premières périodes après la suggestion, cette femme n'arrivait pas jusqu'au jour suggéré, mais avait de la tendance à y arriver.

(*La Thérap. contemp.*)

***

39. — Un cas d'amputation sus-vaginale de l'utérus pour un myome de cet organe. — M. F. Candia a fait usage de la méthode de Schrœder, modifiée : ligature en masse de l'un et l'autre ligament ; constriction élastique de la base de la tumeur ; formation d'un lambeau péritonéal : excision de la tumeur ; suture du pédicule. Cette méthode a pour avantage l'hémostase absolue, la position normale du pédicule et la rapidité de la guérison. Cependant, cet avis n'est pas partagé par M. Cuzzi, qui déclare que dans la méthode intra-péritonéale, on peut assurer une hémostase aussi absolue.

(*Bull. gén. de Clin. et de Thérap.*)

40. — De l'influence du seigle ergoté sur les phénomènes de la puerpéralité. — M. E. Pinzani analyse les observations de 91 accouchées auxquelles on administrait ce médicament par doses décroissantes de deux grammes à un gramme. Comme expériences témoins, il observait une série de 89 accouchées qui n'étaient pas soumises à l'action de ce médicament.

Le seigle ergoté n'a pas modifié la température ; par contre, il a toujours accru la fréquence du pouls, et augmenté la diurèse, phénomène en rapport avec l'augmentation de la tension artérielle.

Les contractions de l'utérus n'étaient pas plus intenses ; et l'involution de cet organe n'a pas paru modifiée. Enfin, l'ergot de seigle semblait diminuer ou tarir la sécrétion lactée. M. Pinzanni admet qu'il peut faciliter l'expulsion des caillots et des débris placentaires, mais qu'il aurait aussi l'inconvénient de favoriser la rétention des produits putrides et de faciliter la résorption des agents infectieux.

(*Bull. gén. de Clin. et de Thérap.*)

***

41. — De l'usage du jequirity dans le traitement de la métrite chronique. — M. Bordé a voulu imiter la pratique des ophthalmologistes et transformer, par le traitement, une inflammation chronique en une inflammation aiguë. A cet effet, avec la seringue de Braun, il a injecté des solutions stérilisées de jequirity dans les formes chroniques de la métrite. Quelques heures après, il observait un mouvement fébrile et localement une exsudation fibrineuse. M. Bordé estime que cette méthode est indiquée contre la métrite granuleuse, impuissante contre la métrite fongueuse et nuisible dans les cas de paramétrite.

(*Bull. gén. de Clin. et de Thérap.*)

42. — Lavement à employer contre les convulsions des enfants. — M. Simon recommande l'emploi du lavement suivant qu'on aura soin de faire précéder de l'administration d'un grand lavement simple ou huileux, afin de vider l'intestin.

Musc............................	0 gr. 20.
Camphre.........................	1 gr.
Hydrate de chloral................	0 gr. 50.
Jaune d'œuf.....................	n° 1
Eau distillée.....................	150 gr.

43. — Du traitement opératoire de la dilatation et du relâchement de l'urèthre de la femme. (Dr Otto Engstrom.) — La dilatation du canal de l'urèthre de la femme n'a d'importance pratique que si elle s'accompagne d'incontinence d'urine. On peut alors lui opposer un traitement médical ou chirurgical.

On l'observe ordinairement chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants se suivant à de courts intervalles. Le traumatisme de l'accouchement qui agit sur l'urèthre, influence sans aucun doute les fibres élastiques et les éléments musculaires. Les parois du canal perdent plus ou moins leur élasticité et leur contractilité et ne peuvent plus résister à la pression abdominale et contenir le trop plein de la vessie.

Si la femme reste tranquille, il peut encore ne pas y avoir d'émis-

sion involontaire d'urine; mais quand elle tousse, éternue, rit, en un mot met en jeu la presse abdominale, l'urine s'échappe sans que la femme puisse la retenir.

Il y a encore d'autres causes de cette dilatation et par suite de l'insuffisance de l'urèthre, par exemple des néoplasmes du canal ou de la vessie, des calculs vésicaux, des rétractions cicatricielles excentriques, etc.

On observe tous les degrés relativement à l'incontinence d'urine. Les cas les plus mauvais sont heureusement fort rares. On a essayé, pour les guérir, une foule de moyens médicaux et, il faut bien l'avouer, en pure perte. C'est alors qu'on a tenté de guérir l'affection par une opération.

Rutenberg a proposé de fermer l'orifice externe du canal de l'urèthre et d'établir, au-dessus du pubis, une fistule vésico-abdominale. Cet orifice serait obturé par une pelote. D'abord, l'établissement de cette fistule n'est pas sans danger. Il est vrai que cela serait de peu d'importance si la malade devait être délivrée de son infirmité. Mais ce n'est pas le cas non plus. La pelote ne peut pas empêcher complètement l'urine de couler à côté et d'irriter la peau du voisinage.

Rose a proposé aussi de fermer l'urèthre et le vagin, après avoir établi artificiellement une fistule vésico-rectale. Sans aucun doute, on peut de cette façon mettre fin à l'incontinence. Mais on doit supprimer pour cela complètement la fonction sexuelle.

Pawlik a imaginé et exécuté une opération qui, dit-il, a pour but d'abord de couder l'urèthre autour du ligament suspenseur; ensuite, par une tension dans le sens transversal, d'appliquer plus fortement l'une contre l'autre les parois du canal. Il fait d'abord, d'un côté de l'urèthre, une excision cunéiforme des tissus le long de la branche ascendante du pubis et réunit les bords de la plaie par des sutures transversales. Il obtient ainsi la tension du méat dans le sens transversal. Il poursuit ensuite l'avivement vers le clitoris et le courbe un peu vers la ligne médiane. Cette partie de la plaie est fermée par des sutures placées obliquement par rapport au méat. Cela est destiné à produire la courbure de l'urèthre autour du ligament suspenseur.

Une opération analogue est faite du côté opposé après la guérison de la première.

Pawlik a publié cinq cas où il a appliqué sa méthode. Quatre fois il n'a obtenu qu'un résultat insignifiant ; une fois seulement, il a eu

un résultat complet. On comprend difficilement qu'on puisse, de cette manière, provoquer une tension transversale de l'urèthre telle que les parois étant fortement pressées l'une contre l'autre, empêchent l'urine de s'écouler.

La méthode de Franck et de Winckel est plus naturelle.

Franck excise de la paroi postérieure du canal de l'urèthre un lambeau triangulaire (muqueuse uréthrale comprise), en commençant à l'orifice externe et jusque environ 1 centimètre de l'orifice interne. Ensuite il excise, au niveau de la partie restante de l'urèthre et de l'orifice vésical, un lambeau elliptique de muqueuse vaginale. Il réunit les bords de cette plaie par des sutures transversales en fil d'argent et ferme ensuite les bords du canal de l'urèthre.

Winckel enlève seulement un coin du septum uréthro-vaginal, à partir des bords du méat jusqu'au voisinage de l'orifice interne, et réunit ensemble les bords de la plaie.

Les résultats obtenus de cette manière ont été satisfaisants. Il peut cependant se faire, comme cela est arrivé une fois à Schultze, que la réunion des bords ne se fasse pas et qu'il en résulte un état plus grave de la malade nécessitant une seconde opération.

Pour éviter ces mécomptes, Engstrom propose de respecter, dans l'excision du lambeau triangulaire, la muqueuse uréthrale.

La base du triangle qui correspond au vagin est assez large. L'excision va du méat externe jusqu'à l'orifice interne. Un peu au-dessus, il avive seulement la muqueuse vaginale en donnant à l'avivement une forme ovale. Il réunit les bords de cette plaie par des sutures transversales. Si on n'obtient pas une réunion par première intention, le résultat de l'opération n'est pas compromis : la plaie bourgeonne, se guérit par seconde intention et produit une cicatrice qui amène quand même le rétrécissement du canal.

L'auteur rapporte deux observations de femmes qu'il a opérées de cette façon. Les résultats ont été des meilleurs.

On ne peut encore rien dire actuellement relativement à la durée de la guérison. Celle-ci peut-elle être définitive ? On peut difficilement l'espérer dans les cas graves et anciens. Quoi qu'il en soit, la méthode proposée par Engstrom est à conseiller, puisqu'elle ne peut, en aucune manière, amener une aggravation de l'affection.

D^r F. FRAIPONT.

(*Journal de la Société méd.-ch. de Liège.*)

***

43. — Amadou en gynécologie, par le Dr P. Ménière (d'Angers). — Les rondelles sont immergées pendant vingt-quatre heures dans ce liquide :

Eau bouillie..........................	444 gr.
Acide phénique ou thymique.........	5 —
Alcool...............................	50 —
Bichlorure d'hydrargyre...............	1 —
F. s. a. solution.	

Les rondelles sont ensuite exprimées entre les doigts ou dans un linge dont on tord les extrémités en sens inverse pour assurer l'expression, et séchées à l'air. Dans de telles conditions, elles sont absolument aseptiques et le pansement peut rester en place six à huit jours, temps au bout duquel le recollement des tissus est le plus généralement effectué.

Ménière a pratiqué le même mode de pansement dans les ulcères cancéreux du sein, alors que l'ablation du sein est impraticable, et il a pu constater que les écoulements étaient ainsi modifiés, diminués et souvent presque supprimés. Dans les formes hémorrhagiques ou fétides, ce mode de pansement est très recommandable ; il est de plus fort économique, et le praticien des campagnes en tirera bon parti lorsqu'il saura que l'amadou peut, comme la ouate, être imprégné de solutions boriquées, iodoformées, etc.

Eau bouillie.	485 gr.	Acide borique	15 gr.
Eau —	475 —	Acide tanniq.	25 —
Eau —	460 —	Perchl. de fer liquide......	40 —
Ether off. alc.	60 —	Iodoforme...	6 —

Amussat a conseillé jadis (1851), de recouvrir les pessaires avec cette substance, toutes les fois qu'ils paraissaient irriter les parois du vagin, ou qu'en raison de leur dureté ils semblaient mal supportés par les malades.

Grâce au velouté et au moelleux de l'amadou, on arrive ainsi, dans quelques cas exceptionnels, à rendre de réels services aux malades.

Il n'y a guère que dans les rectocèles ou cystocèles considérables, ou bien encore dans les prolapsus avec déchirures périnéales profondes et béances vulvaires exagérées, que ce moyen est recommandable,

et encore faut-il que les organes soient peu délicats, peu sensibles et qu'il n'y ait aucune phlegmasie utérine ou péri-utérine. De toute façon, le pessaire, ainsi confectionné, devra être quotidiennement lavé à grande eau et immergé chaque nuit dans la liqueur de Van Swieten (solution hydro-alcool, au 1/1000e de sublimé corrosif). Ménière s'est loué parfois de l'emploi de ce mode de soutien chez les femmes pour lesquelles toute espèce de pessaire occasionne l'hypersécrétion vaginale, qu'il a décrit le premier sous le nom de leucorrhée caoutchique, car elle se produit le plus fréquemment avec les pessaires en caoutchouc. Il conseille alors de recouvrir l'instrument indiqué chez la malade (anneau, pessaire à air, etc.), d'amadou trempé très fréquemment dans une solution aqueuse de sulfate de zinc 2 %, ou de tannin 5 %, ou dans la décoction de poudre de tan (1 cuillère à bouche pour un litre d'eau, 15 minutes d'ébullition).

44. — De l'ustilago maydis comme ocytocique par M. Dorland. — On n'a pas encore observé d'empoisonnement chez l'homme avec ce médicament, mais Mitchell a prouvé qu'à très hautes doses il avait des propriétés toxiques. Comme l'ergot, il est probable qu'il agit sur les centres nerveux qu'il paralyse. Son action sur l'utérus est maintenant bien connue. Après l'ingestion d'une dose suffisante, les douleurs sont augmentées en force, fréquence et durée. Elles ont un caractère clonique marqué et se suivent rapidement, mais il existe toujours entre elles un certain intervalle. En ce point, il y a une différence avec l'ergot qui, à doses fortes, produit un spasme tonique continu. L'ustilago semble posséder la propriété attribuée autrefois à la quinine, d'exciter les contractions utérines, quand elles sont entièrement suspendues. Le temps moyen que le médicament met à produire ses effets dépend de la rapidité avec laquelle il est absorbé : il est en moyenne de 35 minutes.

L'ustilago est indiqué lorsque, avec une dilatation complète du col, les douleurs ont cessé. Dans tous les cas où on l'a administré, on n'a jamais observé la plus légère tendance à une hémorrhagie. Après l'expulsion du placenta, l'utérus s'est toujours contracté énergiquement. L'ustilago est donc indiqué lorsque, par suite de l'inertie de l'utérus, on craint une hémorrhagie, ou lorsque celle-ci s'est produite.

Dans tous les cas, l'auteur s'est servi d'extrait fluide. La dose varie

de 2 à 8 grammes ; elle est en moyenne de 4 grammes. On peut répéter cette dose s'il en est besoin.

L'ustilago a sur l'ergot les avantages suivants : il ne produit pas les contractions irrégulières dont on connaît les inconvénients. De plus, comme il contient seulement 2.5 % d'huile fixe, tandis que l'ergot en renferme de 25 à 58 %, les dangers de l'absorption sont réduits au minimum. (*Med. News*, 3, déc. 1887 et *Revue gén. de clin. et de thérap.*)

***

45. — **Permanganate de potasse dans l'aménorrhée**, par Barker (*New York med. Journ.*, juin 1887).—L'auteur range les malades qu'il a eues à soigner en trois séries. La première comprend les jeunes filles de 14 à 15 ans venues de la campagne à la ville. La nostalgie dont elles souffrent quelquefois, le changement dans leur genre de vie et de travail amènent souvent l'aménorrhée.

La deuxième série comprend les femmes jeunes, qui, à la suite d'une longue traversée pendant la période menstruelle, ont vu leurs règles se supprimer.

Enfin la troisième série est formée par les femmes de 30 à 40 ans, qui, en peu de temps, ont pris un embonpoint considérable, chez lesquelles les règles sont constituées par un écoulement très léger. Ces phénomènes sont souvent accompagnés de pesanteurs dans le bas-ventre, d'hémorrhoïdes et de divers troubles nerveux.

L'auteur affirme n'avoir jamais échoué dans aucun cas par l'emploi du permanganate de potasse.

FORMULAIRE

De l'Injection intra-utérine de glycérine anhydre dans l'endométrite totale. (J. Chéron.)

Dans un mémoire publié il y a quelques années, j'ai démontré, avec expériences à l'appui, le rôle osmotique de la glycérine anhydre et même à 4% d'eau, dans le pansement vaginal.

J'ai fixé les limites du pouvoir osmotique du principe qui emprunte aux tissus avec lesquels il se trouve en contact dix fois son poids de sérosité.

Je me suis demandé si, dans les cas d'endométrite totale, plus particulièrement dans les cas où cette affection a exercé sur le parenchyme une influence caractérisée par une sorte d'infiltration interstitielle (engorgement) qui épaissit les parois utérines et surtout le fond et la paroi postérieure (endométrite fondale), l'injection intra-utérine de glycérine anhydre ne serait pas très favorable en exerçant sur l'utérus une action osmotique énergique ?

Les résultats ont été des plus favorables et cette déduction logique m'a conduit à un véritable succès dans des cas réputés difficiles.

Voici comment je procède. Après avoir pratiqué quelques dilatations avec le dilatateur métallique à deux branches en prenant soin de faire suivre chacune d'elles d'un pansement vaginal glycériné, je pousse très doucement, dans l'utérus, à l'aide de la seringue de Brawn, une injection de glycérine anhydre (6 à 20 gr.)

Je retire la canule aussitôt que je vois revenir le liquide et j'applique un tampon vaginal glycériné sur l'orifice cervical.

Rarement il survient des coliques utérines. Il se fait une abondante perte séreuse et l'utérus diminue de volume avec rapidité.

J'ai vu, dans quelques cas que je considérais comme très mauvais, le fond et la paroi postérieure de l'utérus diminuer de volume d'une façon remarquable après cinq à six injections intra-utérines. Et même la cavité s'amoindrissait, en même temps que s'atténuaient les symptômes morbides de sécrétion de l'endométrite.

Dans une circonstance, déjà ancienne, maintes fois retrouvée depuis lors, où la présence d'un fibrome, en contact avec la muqueuse de la cavité utérine, avait amené un écoulement puriforme des plus abondants, il suffit de pratiquer cinq injections de 20 grammes chacune pour faire cesser l'écoulement et réduire dans une mesure notable le volume de l'utérus et celui du fibrome.

Il faut employer une glycérine neutre ne contenant pas plus de 4 % d'eau, c'est-à-dire marquant 30 degrés à l'aréomètre de Baumé.

Ce moyen simple, sans danger quand on prend les précautions indiquées, est aussi le meilleur mode de pansement, après toute intervention chirurgicale du côté de la cavité utérine.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

DES TROUBLES GASTRIQUES ET EN PARTICULIER DES VOMISSEMENTS D'ORIGINE GÉNITALE, CHEZ LA FEMME EN DEHORS DE LA GROSSESSE.

Nous avons eu dernièrement (1) l'occasion de passer en revue les troubles hépatiques d'origine utérine ; une thèse récente de M. Lamy (2) me fournit un excellent prétexte pour aborder brièvement la séméiologie des troubles gastriques, et spécialement des vomissements d'origine génitale, en dehors de la grossesse. Bien que cette thèse contienne quelques faits intéressants que j'aurai plaisir à citer, il m'a paru utile de reprendre ce sujet si important pour tous ceux qui s'occupent de gynécologie, l'auteur ayant négligé de donner la moindre indication bibliographique précise, ayant complètement passé sous silence les travaux de Hodge, de Tilt, d'Engelmann, de Lombe Atthill, de Trousseau, etc., que j'aurai à résumer, et ayant omis de parler de certains points de pathogénie importants, à mon avis. A l'exposition aussi courte que possible des recherches des auteurs que je viens de citer, j'ajouterai ce que j'ai observé et ce que j'ai

(1) *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, mars 1888.
(2) Du vomissement utérin, th. de Paris 1888.

retenu de l'enseignement clinique de mon savant maître, le Dr Chéron. Je n'ai pas d'autre prétention que celle de donner quelques indications utiles à ceux de nos lecteurs que cette question peut intéresser.

On peut diviser les troubles gastriques d'origine génitale, chez la femme, en : 1° troubles en rapport avec les fonctions physiologiques et 2° troubles en rapport avec des lésions génitales (1). Je dirai quelques mots du vomissement nocturne auquel Lombe Atthill accorde une grande valeur dans le diagnostic de la masturbation féminine, bien que celle-ci ne rentre dans aucune des deux classes précédentes.

1° TROUBLES GASTRIQUES EN RAPPORT AVEC LES FONCTIONS GÉNITALES PHYSIOLOGIQUES.— On peut les classer sous les titres suivants : troubles gastriques en rapport avec : *a*) la puberté, *b*) la menstruation, *c*) la copulation, *d*) la grossesse (dont je n'ai pas à m'occuper ici) et *e*) la ménopause.

a) *Puberté.* — On rencontre assez souvent, pendant l'époque de l'instauration menstruelle, des modifications de l'appétit qui est diminué ou perverti (pica, malacia), rarement augmenté (boulimie), des sensations de gonflement épigastrique et de nausées plus ou moins pénibles. Il est rare qu'on observe une intolérance absolue pour les aliments, néanmoins, M. Lamy en a réuni deux observations personnelles. J'ai moi-même interrogé, à ce sujet, environ cinquante malades du service de M. Chéron, à Saint-Lazare : une seule a accusé des vomissements répétés, sans cause appréciable autre que l'instauration menstruelle ; les accidents disparurent avec l'écoulement sanguin. Il n'est pas question ici, bien entendu, des désordres digestifs dus à la chlorose apparaissant à l'époque de la puberté.

b) *Menstruation.* — La perturbation des fonctions de l'esto-

(1) Il me semble que M. Lamy fait une faute de langage en parlant de vomissements physiologiques et de vomissements pathologiques et qu'il est préférable d'employer une périphrase pour rendre plus clairement l'idée de l'auteur. (J.-B.)

mac pendant les règles est un phénomène banal et bien connu. D'après Engelmann (1), on pourrait affirmer qu'un tiers ou au moins un quart des malades d'un hôpital général de femmes se plaignent de troubles gastriques au moment de la période menstruelle, dans les jours ou les heures qui précèdent l'apparition du flux sanguin. Les symptômes qu'il a notés sont, par ordre de fréquence : le gonflement seul ou avec douleurs et digestions difficiles, le gonflement avec nausées, le gonflement avec nausées et vomissements, enfin les nausées accompagnées de douleurs, sans gonflement de l'estomac. Ces phénomènes disparaissent le plus souvent avec l'apparition de l'écoulement, d'autres fois le 1er ou le 2e jour des règles, plus rarement ils durent jusqu'à la cessation du flux menstruel. J'ai vu un certain nombre de vomissements de la période cataméniale ; mais je dois dire que, toutes les fois, il existait une lésion utérine ou péri-utérine; le milieu dans lequel j'ai observé explique suffisamment ce fait, aussi je me garderai bien de mettre en doute l'existence des vomissements menstruels sans lésion génitale.

Signalons, avant de passer à une autre division, la *fièvre ménorrhagique* de Trousseau (2), dont on trouvera un certain nombre d'observations dans la thèse très bien faite de M. Grattery (3). Dans la forme légère, on peut croire à un embarras gastrique fébrile : céphalalgie, face congestionnée, langue saburrale, inappétence, vomissements, pouls rapide, etc. ; mais les phénomènes s'amendent brusquement avec l'apparition des règles. Dans la forme grave, on croit se trouver en présence d'une fièvre typhoïde au début : céphalalgie, stupeur même, épistaxis, fièvre, langue sale, anorexie, diarrhée, tout fait présager une dothiénentérie ; mais, en général, l'écoulement menstruel survient huit jours au plus tard après le début, et tous les accidents disparaissent rapidement.

(1) Engelmann. Des hystéro-névroses, trad. de Fauquez, *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1879.

(2) Trousseau. *Cliniques médicales*.

(3) Grattery. Des troubles viscéraux d'origine menstruelle, thèse de Paris, 1888.

c) *Copulation*. — M. Lamy donne l'observation d'une jeune femme, âgée de 21 ans, mariée depuis 2 ans, et qui, depuis la défloration, a eu, à chaque rapprochement sexuel, des nausées suivies de vomissements ; lorsque la digestion n'est pas terminée, elle rejette tous les aliments que contient l'estomac et alors la crise se termine ; mais, lorsque l'estomac est vide, les efforts durent très longtemps, deviennent très pénibles, s'accompagnent de sueurs froides et sont suivis parfois de lipothymies plus ou moins prolongées. Malgré un accouchement à terme, les vomissements surviennent à chaque rapprochement sexuel et tous les traitements généraux et locaux ont échoué jusqu'ici.

D'après les renseignements que j'ai pu obtenir sur ce sujet assez délicat, les vomissements ne seraient pas excessivement rares dans les premiers rapprochements du mariage ; mais l'accoutumance au traumatisme pénien se ferait assez rapidement. Je ne connais qu'un seul cas, où des vomissements aussi tenaces que ceux de l'observation précédente ont persisté pendant plus d'une année ; mais un accouchement à terme, dans de bonnes conditions, mit fin à ces troubles gastriques.

d) *Grossesse*. — Voir les traités d'obstétrique.

e) *Ménopause*. — Tous les auteurs ont noté la fréquence des sensations anormales rapportées au creux épigastrique par les femmes arrivées à l'époque de la ménopause. Tilt (1), qu'il faut toujours citer lorsqu'on parle des troubles de l'âge critique, a trouvé de la douleur épigastrique et des sensations anormales 49 fois, de la faiblesse épigastrique et de l'épuisement 220 fois sur 500 malades. Il décrit les vomissements muqueux et les vomissements bilieux de la ménopause, et, sous le nom de gangliopathie, il englobe toutes ces sensations bizarres de pompe aspirante et foulante, de battements, de faiblesse et d'épuisement, etc., rapportées par les malades au creux de l'estomac et qu'il considère comme des irritations du plexus cœliaque plutôt que comme de véritables gastralgies.

(1) Tilt. Des affections nerveuses et autres maladies auxquelles les femmes sont sujettes au déclin de la vie, trad. de Fauquez et annotations de J. Chéron. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1884, 1885.

2° VOMISSEMENT NOCTURNE ET MASTURBATION.— On me pardonnera de faire une division spéciale pour « cette triste habitude, malheureusement trop fréquente, qui, tout en détruisant la santé, finit, si elle est prolongée, par altérer les facultés mentales, et qui, presque toujours est accompagnée de leucorrhée : je veux parler de la masturbation » (Lombe Atthill) (1). D'après cet auteur, une pupille dilatée, une apparence morne, une excitation inexplicable causée par l'examen vaginal doivent mettre sur la voie ; il faut y ajouter une forte douleur lancinante immédiatement au-dessus du pubis. « Dans plusieurs cas, dit-il, j'ai observé le *vomissement la nuit*, comme symptôme très important. »

3° TROUBLES GASTRIQUES EN RAPPORT AVEC DES LÉSIONS GÉNITALES.— Il y a lieu de distinguer les troubles gastriques en rapport avec les lésions ovariennes, les lésions péri-utérines et les lésions utérines.

a) *Lésions ovariennes.*—On connaît la fréquence des vomissements dans l'ovarite aiguë et dans les exacerbations de l'ovarite chronique. Lawson Tait (2) insiste à maintes reprises sur les sensations de nausées déterminées par les pressions exercées sur les *ovaires hyperémiés, enflammés ou prolabés*, nausées qui sont pour lui d'un grand secours dans le diagnostic, par le toucher, de la position de ces organes. Il serait donc utile, il me semble, de rechercher avec soin, dans les cas où le coït est suivi de vomissements, si cet accident ne serait pas dû à des traumatismes de l'ovaire adhérent au prolabé ; on pourrait trouver dans cette constatation des conclusions thérapeutiques sur lesquelles je n'ai pas à insister pour le moment. Signalons enfin les *hernies de l'ovaire* comme cause de vomissements rebelles pouvant aller jusqu'à simuler les accidents de la hernie étranglée.

b) *Lésions péri-utérines.*—Il est inutile d'insister sur l'importance des nausées et des vomissements dans le diagnostic des *pelvi-*

(1) Lombe Atthill. Manuel des maladies des femmes, trad. de Lavoye. Paris, 1882, p. 31.

(2) Lawson Tait. Traité des maladies des ovaires, trad. de Ad. Ollivier. Paris, 1886.

péritonites, des *cellulites pelviennes* et des *hématocèles péri-utérines*. Rappelons, en passant, la *pseudo-péritonite hystérique*, dont je publiais un exemple dans le dernier numéro de ce journal. On sait combien il est difficile de différencier les pelvi-péritonites des cellulites pelviennes; bien que ces deux affections puissent coïncider et coïncident ordinairement, il est bon de savoir que la gravité des troubles gastriques et spécialement des vomissements doit faire admettre la prédominance des lésions péritonéales sur les lésions du tissu cellulaire pelvien; Hart et Barbour (1) accordent une réelle importance à ce signe. L'embarras peut également être grand de différencier, dans certains cas, une pelvi-péritonite avec ou sans cellulite, d'une tumeur fibreuse; j'ai vu des hommes très versés dans l'étude de la gynécologie, commettre des erreurs en pareille circonstance; mon maître, le Dr Chéron (2), donne le conseil d'analyser avec soin les troubles extra-génitaux et, le plus souvent, s'il y a des phénomènes gastriques très accentués, un état général que les pertes ne sauraient expliquer, il y a tout lieu de croire à l'existence d'une pelvi-péritonite bien plutôt qu'à celle d'une tumeur fibreuse. Ce fait, dont j'ai pu constater plusieurs fois l'exactitude, est utile à retenir.

c) *Lésions utérines.*— Quelles sont les lésions utérines qui donnent le plus souvent lieu à des troubles gastriques ? quelle est la pathogénie de ces accidents ? quelle forme symptomatique revêtent-ils le plus ordinairement ? telles sont les questions que nous avons à passer en revue. Je laisserai systématiquement de côté les troubles cachectiques qu'on observe dans les affections malignes de l'utérus, et je serai forcé de donner une sorte d'esquisse à grands traits, ne pouvant avoir la prétention de traiter en quelques pages un sujet aussi complexe.

Presque toutes les affections utérines sont susceptibles de retentir sur les fonctions de l'estomac; cependant, ce sont les affections inflammatoires (métrite et endométrite) et les déviations de l'utérus (spécialement l'inversion et la rétroflexion) qui détermi-

(1) Hart et Barbour. Manuel de gynécologie, trad. de Crouzat. Paris 1886, p. 1881.

(2) Jules Chéron. Cours inédit.

nent les troubles gastriques les plus accentués. Les tumeurs fibreuses sont bien moins importantes au point de vue où nous nous plaçons, et leur intervention est subordonnée aux irritations péritonéales que certaines d'entre elles peuvent entraîner à un moment de leur évolution (myomes sous-séreux) ou aux modifications qu'elles font subir à la massé sanguine par les pertes abondantes auxquelles elles donnent lieu (myomes sous-muqueux). On sait, du reste, que les fibrômes sous-muqueux amènent souvent des lésions hyperplasiques (de nature inflammatoire) de la muqueuse utérine et sous ce rapport, peuvent être rapprochés des endométrites.

Dans les déviations et spécialement dans l'inversion et la rétroflexion, qui s'accompagnent souvent de vomissements, la pathogénie est des plus complexes ; il y a lieu, en effet, de tenir compte des déplacements des ovaires, cause bien connue de vomissements et de nausées réflexes, des compressions du rectum qui peuvent, par l'intermédiaire de la constipation, retentir sur l'estomac; enfin des lésions inflammatoires qui s'unissent presque toujours aux changements de position de l'utérus.

L'influence de l'endométrite est diversement appréciée par les auteurs; les uns accusent surtout les déperditions incessantes de liquides nutritifs représentés par la leucorrhée (endométrite catarrhale) ou incriminent les anémies qui succèdent aux hémorrhagies répétées (endométrite hémorrhagique). Ces vues sont exactes ; mais, dans certains cas, les pertes leucorrhéiques ou sanguines ne sont pas en proportion avec l'intensité des troubles gastriques. Il faut alors chercher une autre explication. Mon maître, M. Chéron (1), fait intervenir comme cause principale les irritations de la muqueuse du canal cervical, qui représente la *zone réflexogène* par excellence de l'utérus ; un grand nombre de faits militent en faveur de cette manière de voir et j'en ai publié moi-même quelques exemples dans une précédente revue (2)

(1) Jules Chéron. Leçons sur l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical, *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes,* 1887-1888.

(2) *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes,* avril 1887.

sur l'importance des réflexes utérins. Ainsi doivent être interprétés les troubles gastriques de l'endo-cervicite, ceux qui sont en rapport avec des polypes muqueux et utéro-folliculaires, avec la présence de polypes fibreux s'engageant dans le canal cervical. D'autres fois, il y a lieu de suspecter une sorte de septicémie latente causée par la rétention des sécrétions utérines, ainsi que M. Chéron a été amené à le penser à la suite de ses expériences sur le drainage appliqué au traitement de l'endométrite (1).

Disons, en terminant cette question de pathogénie, que le médecin doit toujours tenir compte de l'état diathésique des malades, et que souvent les affections utérines ne font que réveiller les manifestations viscérales plus ou moins latentes auxquelles les malades étaient prédisposées par le vice héréditaire ou acquis de leur constitution.

Il ne me reste plus qu'à résumer la symptomatologie. Ici, ma tâche est plus facile et je pourrais me borner à renvoyer le lecteur aux livres classiques d'Aran, de Nonat, de Courty, à ceux de Gallard, de Martineau, etc., pour ne parler que des morts. Est-il nécessaire de rappeler ici les trois degrés de dyspepsie utérine décrits par Courty (2) dans son traité des maladies de l'utérus ? Pour cet auteur, une diminution légère de l'appétit, la lenteur des digestions, un gonflement de l'estomac assez marqué pour obliger souvent les malades à ôter leur corset après les repas, un peu de sensibilité épigastrique et des éructations gazeuses inodores, caractérisent la forme bénigne. La dyspepsie est-elle plus ancienne ? la gastralgie s'accentue, il y a souvent des maux de tête pendant la période de digestion stomacale, les renvois deviennent acides (pyrosis), l'appétit se montre capricieux et, bien que les malades mangent peu, elles ont constamment la sensation d'un poids sur l'estomac. Ce qui prouve, néanmoins, que toute idée de gastrite doit être écartée, c'est que la langue n'est nullement blanche et chargée, dans la grande majorité des cas. Enfin, dans un troisième degré, l'anorexie augmente encore, des nausées sur-

(1) Cours inédit.
(2) Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus, 3e ed., p. 121. Paris 1887.

viennent souvent accompagnées de vomissements glaireux, alimentaires ou bilieux.

On doit accepter aujourd'hui la fréquence de ces trois formes de vomissements et l'on ne croit plus, malgré l'autorité d'Aran, que les vomissements utérins sont toujours bilieux et reconnaissent toujours pour cause un trouble des fonctions biliaires. Les vomissements les plus pénibles, ainsi qu'on l'a souvent remarqué, sont ceux dans lesquels les éructations gazeuses prédominent et où il y a rejet d'une très petite quantité de matières ; c'est ce que Hodge (1) appelle les vomissements secs ou *dry vomitings*. Enfin, disons que les nausées et les vomissements utérins, à quelque variété qu'ils appartiennent, peuvent survenir tous les matins, avec une régularité désespérante, et être pris à tort pour des troubles symptomatiques de la grossesse (Hodge). Il suffit de connaître ce fait pour éviter une erreur qui serait regrettable à bien des points de vue.

On voit, par ce court aperçu, combien sont variés et fréquents les troubles gastriques d'origine génitale chez la femme ; leur apparition à propos de l'accomplissement de certaines fonctions physiologiques, leur intensité, leur durée en l'absence d'écarts de régime habituels et de lésions de l'estomac doit toujours attirer l'attention du médecin du côté des organes de la génération. Découvrir la cause réelle du mal est ici, plus que partout ailleurs, la condition nécessaire pour l'institution d'une thérapeutique rationnelle et efficace.

J. B.

---

(1) Hodge Diseases péculiar to women, 2e éd., Philadelphia 1868, p. 19).

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr Chéron.

De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

HUITIÈME LEÇON (*suite*).

LES VALVULES CERVICALES. LES DÉCHIRURES DU COL ET LES ECTROPIONS

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service.

Sommaire (suite). *Traitement des déchirures du col.* — Les déchirures du col ne sont pas ordinairement, par elles-mêmes, une source de malaises pour les malades qui en sont atteintes; par suite, et dans cette hypothèse, elles ne réclament pas un traitement spécial ; bien plus, leur présence ne fait que faciliter la thérapeutique intra-utérine dirigée contre les lésions concomitantes : endométrite du corps, endocervicite, polypes muqueux ou utéro-folliculaires.

Les déchirures du col doivent, au contraire, toujours être traitées directement lorsqu'elles sont le point de départ de troubles réflexes importants, comme cela arrive dans la variété que j'ai dénommée ectropion cicatriciel douloureux de Roser. Le but essentiel de l'opération est de détruire le tissu de cicatrice qui existe dans les angles de la déchirure. Cette destruction peut se faire, avec la plus grande facilité, au moyen du thermo-cautère ou mieux du galvano-cautère : procédé de l'auteur. Il restera, bien entendu, à traiter les lésions concomitantes, mais on pare ainsi au plus pressé.

L'opération d'Emmet, aux yeux de la plupart des auteurs, ne vise que la déchirure du col ; à ce point de vue, son utilité est contestable, puisqu'on peut remédier à la déchirure par un procédé plus simple. Son importance réside en ce fait qu'elle s'adresse non seulement à la déchirure, mais en même temps à l'ectropion par renversement des lèvres du col qui l'accompagne. Son influence sur la sub-involution est moins facile à prouver ; elle ne semble pas plus prononcée, d'après Hart et Barbour, que celle de toute opération portant sur le col. Comme elle laisse une partie de la muqueuse cervicale dans l'état où elle était auparavant, un traitement préparatoire est indispensable ; il n'est autre que celui de l'endométrite et des autres lésions concomitantes. Elle ne doit pas être entreprise tant qu'il y a de la cellulite pelvienne.

Instruments nécessaires. — Chloroformisation ou emploi de la cocaïne.

Manuel opératoire : 1er temps : Hémostasie par l'eau chaude, par l'anneau de caoutchouc ou par la ligature temporaire des artères utérines (procédé de Schroeder-Martin); 2e temps : abaissement de l'utérus ; 3e

temps : examen des parties et avivement ; 4e temps : sutures. Soins consécutifs : enlèvement des sutures. Résultats de l'opération.

Si l'on ne recule pas devant les difficultés de la trachélorrhaphie, l'opération de Schrœder ou excision de la muqueuse cervicale, qui substitue, à une muqueuse glandulaire altérée une muqueuse dépourvue de glandes et saine, est préférable, lorsqu'elle est possible, ce qui n'existe pas dans tous les cas.

Instruments nécessaires — Chloroformisation. — Disposition des aides. — Hémostasie. — Manuel opératoire : 1er temps : abaissement de l'utérus ; 2e temps : section bi-latérale du col au delà des déchirures ; 3e temps : excision de la muqueuse sur l'une des lèvres ; 4e temps : retournement en dedans du col ; 5e temps : suture du lambeau ; (reprise des 3e, 4e et 5e temps sur la lèvre opposée) ; 6e temps : suture des deux lèvres du col. Soins consécutifs : enlèvement des sutures. Résultats de l'opération.

Appréciation générale sur ces deux procédés. Méthode de l'auteur : 1° Cas simples : *a*) Déchirure douloureuse, sans ectropion très marqué, sans endométrite grave : alors traitement non opératoire de l'endo-cervicite et excision de la cicatrice douloureuse ; *b*) Ectropion marqué sans déchirure douloureuse : excision de l'ectropion à l'aide du galvano-cautère ; manuel opératoire ; avantages de ce procédé. En même temps on fera les scarifications ignées longitudinales contre l'endo-cervicite.

Cas complexes ; association de ces diverses opérations contre la déchirure, contre l'endo-cervicite et contre l'ectropion par renversement, parfois même galvano-puncture lorsqu'il existe en même temps de l'ectropion par prolapsus.

Nécessité des soins consécutifs : pour prévenir les accidents inflammatoires immédiats, et diriger la réparation des pertes de substance.

De l'exposé que je vous faisais tout à l'heure de la symptomatologie propre des déchirures du col, vous avez pu conclure, Messieurs, que, dans la majorité des cas, elles ne sont pas, par elles-mêmes, une source de malaises pour les malades qui en sont atteintes. Je suis loin de nier leur influence sur le développement des cellulites pelviennes pendant la période puerpérale ; je vous ai parlé de leur rôle dans la production de certaines fistules génitales, dans la pathogénie de quelques déviations utérines, et je vous ai dit que nous étions redevables à Emmet de ces connaissances. Mais, je le répète, au moment où le gynécologiste est appelé à constater les lacérations du col, ces dernières existent déjà depuis longtemps et leur rôle pathogénétique est terminé, sauf pour la variété dite ectropion cicatriciel douloureux, et qui est relativement très rare. Pour cette raison, que nous n'assistons pas

aux premiers accidents, je n'ai pas à discuter avec vous la conduite qu'il conviendrait de tenir immédiatement après l'accouchement lorsque celui-ci a déterminé une déchirure importante. C'est affaire aux accoucheurs de favoriser la réparation spontanée des lacérations du col, par les moyens antiseptiques, ou de faire, en temps opportun, une opération plastique, une restauration chirurgicale; je n'ai donc pas à aborder ce côté de la question. Ainsi, au moment où vous diagnostiquerez une déchirure du col, vous reconnaîtrez le plus souvent que cette lésion ne réclame, par elle-même, aucun traitement spécial. Il faut même aller plus loin et reconnaître que la béance du canal cervical est une condition favorable pour le traitement de l'endo-cervicite ; elle empêche la rétention des sécrétions utérines au-dessus de l'orifice externe et elle permet de porter facilement des topiques modificateurs sur la muqueuse enflammée. Lorsqu'il existe concurremment de l'endométrite du corps, elle facilite les lavages, les tamponnements et le raclage qui représentent la thérapeutique chirurgicale de cette affection ; lorsque, enfin, des polypes muqueux ou utéro-folliculaires viennent compliquer l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical, elle rend tout à fait simple leur ablation et la cautérisation de leur point d'implantation.

Il y a donc tout intérêt, comme vous le comprenez bien, à savoir profiter de l'existence des lacérations du col, loin de vouloir les réparer toutes sans distinction de variétés et d'une manière systématique; tant il est vrai que la gynécologie n'est pas une science de prothèse et de mécanique !

Vous rencontrerez, cependant, quelques-uns de ces cas que je vous décrivais sous le nom d'ectropion cicatriciel douloureux de Roser, dans lesquels la déchirure est le point de départ de troubles réflexes importants. Il est alors urgent d'intervenir ; mais, remarquez-le de suite, Messieurs, ce n'est pas toute la surface de l'ectropion par renversement, ce n'est même pas, au moins chez les malades que j'ai observées, toute l'étendue de la ligne qui réunit les lèvres divisées qu'on doit incriminer, mais souvent un simple petit nodule, gros comme un petit pois, et qui est placé dans les angles de la déchirure.

Vous n'aurez aucune peine à limiter exactement le tissu cicatriciel dont l'excitation éveille les réflexes morbides, si vous contrôlez, au moyen d'une sonde et de l'examen au spéculum, les données fournies par le toucher vaginal, et vous serez surpris souvent, comme je l'ai été moi même, du peu d'étendue de la zone réflexogène.

La seule opération urgente est de détruire ce petit nodule cicatriciel. Vous y arriverez très facilement avec le thermo-cautère, ou mieux avec le galvano-cautère, en suivant le manuel opératoire suivant : Vous mettez le col à nu à l'aide de mon spéculum à crémaillère qui donne un très grand jour ; vous reconnaissez l'étendue des tissus à enlever ; alors, après irrigation antiseptique du col et des culs-de-sac, vous procédez à l'anesthésie locale au moyen d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 %, en maintenant, pendant 4 à 5 minutes, un petit tampon d'ouate imbibée de cette solution, sur les points douloureux. Ici, les badigeonnages seraient trop pénibles et l'attouchement prolongé suffit. Ceci fait, écartant au besoin les angles de la déchirure au moyen d'un ténaculum, vous portez au-dessus du nodule cicatriciel soit le cautère en forme de ciseau de charpentier, soit le couteau du galvano-cautère, puis vous faites la même manœuvre immédiatement au-dessous de la cicatrice et vous dirigez l'instrument de façon que les deux incisions se rejoignent en arrière du tissu cicatriciel.

Vous faites ensuite une irrigation froide antiseptique et vous appliquez un tampon à la gaze iodoformée imbibée de glycérine. La malade garde le lit pendant quelques jours, par précaution. Si l'opération est bien faite, il n'y a pas reproduction de la cicatrice vicieuse qu'on a enlevée. Il ne reste plus qu'à traiter les lésions concomitantes par les moyens ordinaires ; on a du moins paré au plus pressé.

Aux yeux de la plupart des auteurs, peut-être entraînés par cette faute de langage qui consiste à dire que l'opération d'Emmet est synonyme de restauration par avivement et suture des déchirures du col, aux yeux de la plupart des auteurs, vous disais-je, la trachélorrhaphie ne vise que la déchirure elle-même.

S'il en était ainsi, Messieurs, l'utilité de cette opération serait discutable, puisque l'on peut remédier à la déchirure ou plutôt aux accidents qu'elle entraîne quelquefois, par l'intervention que je viens de vous décrire, et qui est tellement simple qu'elle mérite à peine le nom d'opération. Pour moi, son importance et l'explication des nombreux succès qu'elle a enregistrés, réside en ce fait qu'elle s'adresse non seulement à la déchirure, mais en même temps à l'ectropion par renversement des lèvres du col qui l'accompagne. On a, en effet, peut-être trop vanté son influence sur l'involution utérine, toute intervention chirurgicale portant sur le col ayant pour résultat de réveiller le travail de régression, ainsi que l'ont noté expressément Hart et Barbour (1) et, pour ma part, j'ai peine à croire qu'elle égale, à ce point de vue, l'ignipuncture profonde du col de l'utérus.

L'opération d'Emmet est donc plus qu'une restauration de déchirure ; mais elle laisse une partie de la muqueuse du canal cervical dans l'état où elle était avant l'intervention ; il en résulte qu'un traitement préparatoire est nécessaire si l'on ne veut pas se contenter de dissimuler les lésions au lieu de les guérir. Ce traitement préparatoire est celui de l'endo-cervicite que je vous exposais dans une autre leçon ; je n'ai pas à y revenir ; je dois seulement vous dire qu'Emmet lui-même, et plus que tout autre, a insisté sur ce fait et qu'il demande qu'on donne des soins assidus, pendant plusieurs mois, avant de pratiquer la trachélorrhaphie. Un autre point non moins important est d'attendre qu'il n'y ait plus de pelvi-péritonite et de cellulite pelvienne qui rendraient l'abaissement de l'utérus très dangereux ; aussi Emmet dit-il qu'il ne faut pas opérer tant que la pression des culs-de-sac du vagin éveille de la douleur ; à plus forte raison devra-t-on s'abstenir si on constate une masse inflammatoire autour de la matrice.

Ceci dit, voyons comment se pratique l'opération d'Emmet.

Un premier point à résoudre est le suivant : Faut-il chloroformer les malades ? Cette pratique est la plus usuelle ; cependant,

(1) Hart et Barbour, loc. cit., p. 313.

vous trouverez, dans un bon travail de mon interne, M. Batuaud (1), sur les applications thérapeutiques de la cocaïne en gynécologie, des observations de Polk et de Droughty prouvant que l'anesthésie locale avec la cocaïne permet de pratiquer la trachélorrhaphie sans douleur.

Les instruments qu'il faut avoir à sa disposition sont : un spéculum de Sims, une pince à griffes, des ténaculums, des bistouris, ciseaux et pinces à disséquer, des aiguilles courtes droites et courbes et un porte-aiguilles ou un chasse-fil, un tord-fil et du fil d'argent ; il faut y ajouter un appareil à irrigations vaginales.

Les précautions antiseptiques d'usage ayant été prises, on se préoccupe de l'hémostase transitoire; c'est le premier temps de l'opération.

Vous verrez décrit dans les auteurs l'emploi de l'anneau en caoutchouc qu'on place sur le col de façon à bien le serrer à sa base et celui du tourniquet utilisé dans le même but. Ces moyens sont à peu près abandonnés aujourd'hui pour l'irrigation du col avec de l'eau chaude faite pendant toute la durée de l'opération ; cette méthode est excellente, car elle empêche l'hémorrhagie d'être abondante et permet de voir toujours parfaitement ce qu'on fait en nettoyant continuellement le champ opératoire. Un autre procédé, également très recommandable, consiste dans la *ligature temporaire des artères utérines*, suivant la méthode de Schrœder-Martin. Pour cela, l'utérus est abaissé, le col est dirigé à droite quand on place la ligature dans le cul-de-sac gauche, et à gauche quand on place la ligature dans le cul-de-sal droit. Une aiguille courbe armée d'un fort fil de soie est ainsi introduite dans chacun des culs-de-sac à un centimètre au moins du col, pour éviter de blesser les uretères, traverse la base du ligament large, et vient ressortir après avoir embrassé dans sa concavité l'artère utérine. Le fil de soie est alors fortement serré sur la muqueuse vaginale et l'hémostase est assurée. Après l'opération, on n'aura qu'à enlever les deux fils de soie. J'ai tenu, Messieurs, à vous citer ce

(1) Jules Batuaud. Des applications thérapeutiques de la cocaïne en gynécologie. (*Revue médico-chiaurgicale des moladies des femmes*, avril 1885.)

procédé, car, ainsi que vous le comprenez, il est applicable à toutes les opérations sanglantes pratiquées sur le col. En tenant bien l'aiguille à un centimètre de la base du museau de tanche, en s'éloignant également du cul-de-sac antérieur, on est certain de ne pas blesser les uretères.

Néanmoins, si vous n'êtes pas assez sûrs de vous pour redouter un accident, vous pouvez vous contenter de l'hémostase par l'eau chaude qui est très suffisante.

Même après la ligature temporaire des artères utérines, celle-ci ne doit pas être négligée non plus comme moyen hémostatique, mais pour nettoyer le champ opératoire.

(*A suivre.*)

URÉTHROCÈLES VAGINALES

Par le Dr F. Piedpremier.

(Suite et fin.)

B. — *Blennorrhée.* — Pour M. le Dr Martineau (1), la blennorrhagie chronique de la femme a une grande tendance à se localiser dans les glandules de l'urèthre, où elle peut donner naissance à des abcès. Ceux-ci deviendraient, par la suite, l'origine de fistules borgnes internes, s'ouvrant dans l'urèthre et produiraient, à un dégré plus avancé, des fistules complètes uréthro-vaginales. L'intermédiaire entre ces deux extrêmes serait l'uréthrocèle.

Le médecin de Lourcine attribuerait donc volontiers à la blennorrhée un rôle dans la pathogénie des dilatations uréthrales. C'est là un point à élucider.

C. — *Calculs.* — Les calculs peuvent-ils être le point de départ de l'uréthrocèle ?

Cette opinion encore inédite nous a été obligeamment exposée

(1) Communication orale.

par M. le docteur Chéron, qui a bien voulu nous communiquer en même temps notre observation XVI, à l'appui de sa théorie.

Deux mots d'histologie sont ici nécessaires.

D'après Ch. Robin (1), les orifices, qu'on peut apercevoir à l'œil nu ou aidé d'une loupe à la surface de la muqueuse uréthrale sont de trois sortes:

1° Les orifices des sinus ou lacunes de Morgagny et de Haller.

2° Les orifices de follicules simples, bilobés ou trilobés.

3° Les orifices des glandes en grappe, assez rares chez la femme.

La profondeur de ces petits organes varie de quelques dixièmes de millimètre à 5 ou 6 millimètres avec une largeur en rapport avec celle-ci.

Chez une femme atteinte de lithiase, un gravier expulsé de la vessie pourra donc, à un moment donné, se loger dans un des sinus uréthraux. C'est ce qui arriva chez la malade du Dr Chéron.

Une fois enkysté dans la lacune de Morgagni, le gravier se développa en dilatant la poche qui le contenait, à tel point que la malade en arriva à être porteuse d'une tumeur assez volumineuse.

Le calcul était donc ici cause et non effet. Ce qui le prouve encore, c'est qu'après son extraction, la poche revint si bien sur elle-même qu'au bout de quatre mois il n'y en avait plus trace, bien qu'elle eût été respectée par le chirurgien.

D. — *Rétrécissements.* — Chez l'homme les dilatations uréthrales en arrière des rétrécissements ne sont pas rares : les choses se passent-elles de même chez la femme ?

Chez elle, le rétrécissement existe bien : le Dr Lutaud (2) en cite cinq cas. Le rétrécissement peut être assez serré pour aboutir à la production d'une fistule (Fissiaux) (3). Mais il peut y avoir fistule sans dilatation préalable du point ou siégera la lésion ;

(1) Ch. Robin. Art. Muqueux. Dict. Dech. 1876, p. 438.
(2) Lutaud. Loc. cit.
(3) Fissiaux. Loc. cit.

cela dépend uniquement de l'état de la muqueuse uréthrale. Voici comment les choses se passent : « Soumise à une pression presque constante, la portion de l'urèthre en amont du rétrécissement finit par céder à cette distension et ses parois s'écartent ; mais, pour que cet effet puisse se produire, il faut que la muqueuse soit relativement saine... En effet, s'il existe des ulcérations de la muqueuse, celle-ci cédera au point malade... d'où fistule.

Dès lors, la pression à laquelle seront soumises les parois sera limitée, et la dilatation n'aura pas lieu. »

E. — (*Desnos et Kirmisson.*) — On ne saurait donc voir dans le travail de Fissiaux une déclaration même implicite en faveur du mécanisme qui nous occupe.

Gentile (Obs. XII) admet nettement ce mode de formation, et voici comment il explique la pathogénie du cas qu'il rapporte :

« 1er Temps. — Expulsion d'un calcul de la vessie ayant empêché pendant quelque temps la miction.

« 2e Temps. — Distension, en arrière du calcul, de la paroi uréthrale en forme de poche urineuse, comme celles qu'on observe mécaniquement au passage de l'urine ; on peut cependant pousser l'induction jusqu'à ces rétrécissements organiques si serrés que la miction est presque totalement suspendue.

Nous ne nierons pas l'influence des rétrécissements comme facteurs étiologiques de l'uréthrocèle, mais nous ne saurions non plus l'accepter sans restriction.

Non seulement, en effet, dans l'observation de Gentile, on peut invoquer comme cause efficiente la lésion produite sur la paroi uréthrale par le passage du calcul, mais encore il est deux raisons anatomiques défavorables à la dilatation en arrière du rétrécissement. Ce sont : 1° l'épaisseur considérable des parois de l'urèthre féminin ; 2° la grande dilatabilité de ce canal. — *Adhuc sub judice...*

Traitement. — Nous n'envisagerons ici que les uréthrocèles

non compliquées de corps étrangers. D'ailleurs, la présence ou l'absence de calculs ne modifie pas sensiblement le mode opératoire.

Le traitement peut être palliatif ou curatif.

Le premier met en œuvre des médicaments et des appareils, mais sans grand succès. On ordonnera des antiphlogistiques et des narcotiques, et on pourra essayer deux moyens inutilement employés chez des malades refusant l'opération. Chez l'une d'elles, on conseilla le port d'un pessaire destiné à empêcher la poche de se remplir et à faciliter ainsi sa rétraction. Chez l'autre, on introduisit un dilatateur de Barnes, comprimant tout le trajet de l'urèthre ; mais la tumeur réapparut dès qu'on cessa l'emploi du dilatateur (Priestley).

Le traitement curatif, au contraire, compte des succès constants. Il sera médical ou chirurgical.

Traitement médical. — Nous allons, d'après Newmann, résumer ce traitement qui comprend un régime, des applications locales et certaines précautions.

Le régime a pour but de prévenir tous les troubles digestifs de façon à rendre aux urines leur composition normale, puisque ce sont (pour Newmann) les modifications pathologiques de ce liquide qui produisent l'uréthrocèle.

Les applications locales consistent : 1° en lavages réguliers de l'urèthre et de la poche avec de l'eau tiède ; 2° en injections vaginales chaudes ; 3° en cautérisations au nitrate d'argent des érosions de la muqueuse qui tapisse la poche. Ces cautérisations se font à l'aide d'un tube endoscopique.

Les précautions à prendre sont au nombre de deux. Il faut, en urinant : 1° prendre la position génu-pectorale ; 2° appliquer un doigt vers l'uréthrocèle, le tout dans le but d'empêcher la dilatation de la poche pendant la miction.

En prescrivant, en outre, le repos, Newmann prétend obtenir la guérison en quelques jours. Nous ne savons si tous les cas d'uréthrocèles seraient aussi heureusement influencés par ce procédé ; toujours est-il que les poches uréthrales sont généralement considérées comme justiciables de la chirurgie.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Quel que soit le mode opératoire que l'on adopte, il est toujours bon de prendre certaines précautions.

Soins préliminaires. — La malade aura pris, quelques heures avant l'opération, un lavement destiné à débarrasser son rectum ; et sa vessie sera complètement vidée par le cathétérisme.

Une fois la patiente placée sur le lit à spéculum, on songera à obtenir l'anesthésie générale.

L'opérateur n'emploiera pas le froid, qui est d'une application difficile, ni l'éther, qui ne permet pas les opérations ignées ; il donnera la préférence au chlorhydrate de cocaïne, en solution aqueuse à 10 %. Pour favoriser l'absorption de la cocaïne, la région opératoire sera savonnée à l'eau chaude et bien essuyée (Polk). « Alors, se servant de petits pinceaux, on enduira pour ainsi dire de deux ou trois couches successives la région qu'on veut anesthésier ; on attendra quelques minutes, puis on recommencera à trois ou quatres reprises, » suivant les conseils de M. J. Batuaud (1). Au bout de dix minutes environ, l'anesthésie sera complète.

La malade, les jambes écartées et très relevées, aura le siège fortement soulevé à l'aide d'un coussin, afin que dans le décubitus dorsal la paroi antérieure du vagin se présente d'elle-même à l'œil du chirurgien, lorsque deux valves de Sims auront été appliquées sur les parois latérales. Lorsqu'enfin le vagin aura été rendu aseptique à l'aide de la solution boriquée à 4 %, ou de la liqueur de Van Swieten au 1/10, l'opérateur aura le choix entre trois méthodes : non sanglante, mixte et sanglante.

1. *Méthode non sanglante.*— Elle comprend plusieurs procédés : les pointes de feu, l'incision au thermo-cautère et celle au galvano-cautère.

A. — Les pointes de feu, n'ont été essayées qu'une seule fois

(1) Jules Batuaud. Des applications thérapeutiques de la cocaïne en gynécologie. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, avril 1885, et Paris, Lechevalier, 1885.

sur la fillette dont nous avons déjà parlé, et dans le service du professeur Lannelongue.

A plusieurs reprises, on fit des pointes et des raies de feu dans le but d'obtenir un tissu cicatriciel qui entraînât la poche dans sa rétraction. Il n'y eut pas de modification sensible (Obs. XXI).

B. — Le thermo-cautère a servi à M. Duplay pour inciser la poche uréthrale sur la ligne médiane. (Obs. X). Cette poche communiquait avec l'urèthre par un étroit orifice. Il se forma une eschare qui tomba vers le vingtième jour ; à sa chute, la poche et son orifice avaient entièrement disparu.

C. — Le galvano-cautère est le procédé de choix du Dr Chéron (Obs. XVII et XX).

L'opération se divise en quatre temps :

1er Temps. — Dilatation de l'urèthre.

2e Temps. — Introduction par le méat d'un trocart pouvant faire saillie dans la poche et perforation de cette poche à sa partie la plus déclive.

3e Temps. — Ablation du trocart qui entraîne en se retirant un fil de platine de 1 mm. de diamètre qu'on a fixé à son extrémité.

4e Temps. — Section de la paroi postérieure de l'urèthre depuis la poche jusqu'au méat, au moyen du fil de platine rougi à l'aide de l'accumulateur à galvano-cautère Chéron.

Après l'opération, les deux lèvres de la plaie se cicatrisent isolément, de sorte que l'urèthre se trouve raccourci. Mais l'uréthrocèle siégeant toujours à la partie antérieure de l'urèthre, l'urine a encore assez de force pour être expulsée bien en dehors du vagin.

II. *Méthode mixte.* — Cette méthode n'a été utilisée que par G. Simon, dans un cas de dilatation totale de l'urèthre avec varicosités nombreuses recouvrant le septum uréthro-vaginal (Obs. VII). Ce chirurgien sectionna et lia plusieurs veines variqueuses, et cautérisa la surface de la plaie au chlorure de zinc.

La guérison fut complète.

Cette méthode mérite d'être rapprochée des cautérisations locales au nitrate d'argent, que Newmann pratique sur les ulcérations de la muqueuse qui tapisse le diverticule uréthral.

III. *Méthode sanglante.* — La méthode sanglante se résume en un procédé, la section au moyen de l'instrument tranchant ; mais ce procédé peut être varié de plusieurs manières.

A. — Citons d'abord l'incision pure et simple, telle que nous l'avons vue pratiquer par notre maître, M. Duplay, et par le professeur Trélat.

La poche est fendue d'avant en arrière, suivant son axe, puis les deux bords de la plaie sont affrontés et suturés au crin de Florence.

Dans un cas (Obs. XIII), M. Duplay ne tenta pas la réunion par première intention ; mais il fit suppurer la poche à l'aide de la charpie, après avoir, au préalable, placé une sonde à demeure. L'oblitération de la poche fut rapidement obtenue.

B.— En second lieu vient la résection de la dilatation uréthrale préconisée par L. Tait (Obs. VIII). D'un coup de ciseau l'auteur anglais abattit la moitié inférieure de la poche, puis, enlevant la membrane qui tapissait la face interne de celle-ci, il réunit la plaie par une suture profonde.

C. — Vient enfin l'excision, lorsque la tumeur est trop volumineuse.

Ce mode opératoire n'est autre que l'incision après laquelle on enlève de chaque côté de la ligne médiane un lambeau plus ou moins considérable.

C'est ici le lieu de mentionner le procédé employé une fois (Obs. VII) par M. Gillette. Il fit deux incisions obliques se rejoignant en arrière de la tumeur, écartées l'une de l'autre de 1 mm. 1/2 en avant. Il disséqua et excisa ce lambeau triangulaire de la muqueuse vaginale, mais « sans intéresser l'urèthre ». Il fit alors quatre points de suture et mit une sonde à demeure.

En quatorze jours la guérison fut obtenue; mais l'opérateur lui-même se demandait si elle serait durable...

Dangers et complications opératoires. — L'opération de l'uréthrocèle, même par la méthode sanglante, n'est nullement dangereuse. Jamais l'hémorrhagie ne s'est produite. Si d'ailleurs elle survenait, on s'en rendrait maître aisément soit par la ligature,

soit par la compression du vaisseau sectionné à l'aide d'un tampon vaginal et d'une sonde un peu volumineuse introduite dans l'urèthre.

En dehors des complications qui menacent toutes les plaies, la seule qui nous semble possible est la reproduction d'une fistule uréthro-vaginale. Mais, comme le fait remarquer M. Duplay, une fistule siégeant aussi près du méat serait bien peu gênante, et en tout cas une opération complémentaire en aurait bien vite raison.

Soins consécutifs. — L'opération terminée et le vagin nettoyé de nouveau à l'aide d'une solution antiseptique, il faut se préoccuper du pansement. Le plus simple sera le meilleur. Un peu de gaze de Lister chiffonnée, ou mieux quelques bandelettes de gaze iodoformée seront introduites dans le vagin au niveau de la plaie.

La malade gardera le repos au lit et les injections antiseptiques seront renouvelées matin et soir, au moins au début. Pour éviter tout effort de la part de l'opérée, on fera bien de lui donner un petit lavement quotidien.

Mais faut-il laisser une sonde à demeure ?

C'est là une précaution pour le moins inutile, outre qu'elle est très gênante pour la malade.

La guérison n'est pas venue plus vite, qu'on ait ou non utilisé la sonde en S de la fistule vésico-vaginale. On fera bien toutefois, dans les premiers jours, de sonder la malade trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures pour préserver la plaie du contact irritant de l'urine.

Puis, on se contentera de faire uriner quelque temps la malade dans la position genu-pectorale.

La guérison survient en moyenne du dixième au quinzième jour.

Conclusions.

I. — L'uréthrocèle est une affection plus fréquente qu'on ne pense, et d'un diagnostic facile.

II. — Sa pathogénie est multiple : l'accouchement, les kystes du vagin, les traumatismes, les calculs arrêtés dans l'urèthre, la

blennorrhée concourent isolément ou simultanément à sa production.

III. — Le symptôme constant est la présence d'une poche située sur le trajet de l'urèthre, pouvant se vider à la pression.

Le plus souvent on peut pratiquer le cathétérisme de cette poche.

IV. — Les complications possibles sont : le développement de calculs dans la poche, la cystite est la production d'une fistule uréthro-vaginale.

V. — Le pronostic est bénin, les cas où la tumeur engendre de véritables névroses étant excessivement rares.

VI. — Deux traitements nous semblent devoir être adoptés : la section au galvano-cautère ; l'incision pure et simple au bistouri avec ou sans excision de la poche, et suture des deux lèvres de la plaie.

VII. — Le chlorhydrate de cocaïne en solution au 1/10 nous semble être l'anesthésique local de choix pour l'opération.

VIII. — La guérison survient en moyenne vers le quinzième jour après l'intervention chirurgicale.

REVUE ANALYTIQUE DE GYNÉCOLOGIE ÉTRANGÈRE

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE.

Séance du 17 *septembre* 1887. — *Présidence du* Dr Thomas M. Drysdale.

Le docteur Geo. Granville Bantock a présenté à la Société des *Considérations sur l'ablation des fibroïdes utérins par la section abdominale.* Le cas qui lui a fourni le sujet de ces considérations est celui d'une femme âgée de 36 ans, qu'il avait hésité à opérer et dont la tumeur, du poids de cinq à six livres, avait subi, dans sa portion supérieure, la dégénérescence kystique (une incision faite devant la Société a donné issue à plus d'une demi-pinte (29 centilitres) d'un liquide clair séro-sanguinolent).

Le Dr Bantock, après avoir établi que les méthodes de traitement du pédicule dans les opérations des fibroïdes utérins, au nombre de deux, ont chacune leurs partisans, les uns préférant la méthode intra-péritonéale, les autres l'extra-péritonéale, a démontré que les partisans de la première méthode, basée sur les succès qu'a donnés, dans l'opération de l'ovariotomie, la ligature intra-péritonéale du pédicule, faisaient un faux raisonnement, car les conditions sont très dissemblables, le moignon utérin étant très différent. Il est composé de fibres musculaires, de tissu élastique blanc et jaune, formant une structure particulière qui, sous la pression de la ligature serrée avec force, comme il est d'usage de le faire, peut en quelques heures se relâcher complètement.

Un degré de constriction suffisant pour éviter ce relâchement serait susceptible de rompre le fil métallique ou de couper les tissus. Il en conclut que la méthode de la ligature extra-péritonéale est la plus sûre et la plus sage, dans tous les cas. Elle est d'une application très simple et, sur treize cas traités de cette façon, tous ont été couronnés de succès, tandis que sur cinq traités par la méthode intra-péritonéale, un seul a réussi.

Quant à la méthode antiseptique de Lister, après l'avoir appliquée dans tous ses détails, il l'a complètement abandonnée, depuis qu'il a eu des accidents d'empoisonnement par l'acide phénique, caractérisés par l'absence de sulfates dans l'urine.

En abaissant graduellement le titre de la solution à un pour cent, il a vu la proportion des sulfates augmenter, l'élévation de la température et les autres symptômes disparaître. Mais, comme à un pour cent la solution ne peut rendre grand service, il a complétement laissé de côté l'acide phénique.

Il a opéré sous le spray et a eu d'excellents résultats. Sur ces cent dernières ovariotomies, il n'a eu que trois morts et seulement une, sur les soixante-dix-huit dernières. Il a déclaré cependant que les statistiques ovariennes ne doivent pas s'appliquer d'une façon absolue aux opérations sur l'utérus.

Séance du 6 octobre 1887.

ADHÉRENCES INTESTINALES CONSÉCUTIVES A UNE PÉRITONITE SIMULANT UNE TUMEUR FIBREUSE.

Le docteur M. PRICE a rapporté le cas d'une fille de couleur, Marie J.., âgée de 27 ans, qui avait reçu dans le ventre un coup de pied de cheval, au mois d'avril 1886. Elle était restée au lit pendant des semaines, complètement impotente, jusqu'au moment de l'opération, souffrant de fortes douleurs dans le bas-ventre, région où elle avait été atteinte. Il lui était impossible de marcher ou de faire quoi que ce soit.

Elle présentait à l'examen une masse dure au-dessus et à droite de l'utérus. Le docteur Price procéda à la laparotomie le 18 juin 1887. Il trouva les intestins entièrement recouverts à droite d'une masse mal définie. Il ne trouva rien à enlever, pas plus que l'épiploon. Des adhérences enveloppaient toute l'étendue de l'intestin grêle, réunissant en une masse solide les replis du mésentère et les anses intestinales. Ces adhérences étaient si solides qu'il dut les sectionner à plusieurs reprises avec des ciseaux. Ciseaux, mains et éponges furent les seuls instruments qu'il employa à cet effet. Après l'opération, il ne resta plus aucune masse indurée.

L'opérée guérit très bien.

Le docteur Duncan. dans son livre sur les maladies des femmes, cite le cas d'une jeune femme chez laquelle on avait diagnostiqué une tumeur fibreuse de l'utérus à l'examen d'une masse ronde et dure de la grosseur d'une tête d'enfant fixée à l'utérus ; la malade mourut et à l'autopsie on trouva qu'il n'y avait aucune tumeur fibreuse, mais une périmétrite adhésive qui avait formé une masse dure par la cohésion des intestins.

Le docteur M. Price a communiqué ensuite à la Société l'observation d'une opération d'*un sarcome de l'ovaire à cellules fusiformes*.

L'opérée est une femme, âgée de 44 ans, mariée depuis vingt ans, stérile, toujours bien réglée et jouissant d'une bonne santé jusqu'en janvier 1887. A cette époque, elle commença à souffrir d'une incontinence d'urine et de douleurs continues dans le petit bassin,

avec une sensation de plénitude et une suppression complète des règles. L'incontinence d'urine disparut vers le milieu de février au moment où la tumeur fit irruption dans la cavité abdominale.

La tumeur s'accrut rapidement et lorsqu'elle atteignit le niveau de l'ombilic la malade se crut enceinte. Le docteur Price l'examina et trouva l'utérus petit, l'ovaire gauche et la trompe en bon état et situés en arrière de la tumeur. L'ovaire droit ne put être trouvé. Il fit l'opération le 11 juin 1887 et enleva un sarcome de l'ovaire à cellules fusiformes pesant cinq livres. L'opérée présenta le soir du second jour une légère élévation de la température et un peu d'accélération du pouls; après l'administration d'une cuillerée à soupe de sel d'Epsom, les douleurs disparurent et la température et le pouls revinrent à l'état normal. La guérison se fit rapidement.

Le Docteur H. A. Kelly lit une communication sur *la palpation et le cathétérisme des uretères chez la femme.* Il dit que depuis que le Dr Saenger lui a démontré la facilité avec laquelle on peut sentir les deux uretères à travers la paroi vaginale antérieure et les suivre en remontant sur la paroi postérieure du bassin, il a adopté, dans sa pratique, d'examiner l'état des uretères dans chaque cas gynécologique qui lui est soumis. Il a acquis par une longue série d'observations confirmatives la conviction de la valeur de cet examen.

Il se sert du catheter de Pawlik. C'est celui qui, malgré les imperfections qu'il peut présenter lui a encore semblé le meilleur.

L'importance des notions qu'on peut tirer de ce cathéterisme lui a été de nouveau démontrée dans un cas récent d'opération grave consistant dans l'ablation d'ovaires et de trompes adhérents et contenant du pus. Le second jour après l'opération, l'urine apparut dans le tube et s'écoula librement. Le seul moyen de déterminer de quel rein venait l'écoulement fut le cathétérisme de l'uretère.

Aux observations de quelques-uns de ses collègues qui envisagent cette méthode comme d'un usage peu pratique, pouvant causer des troubles sérieux dans des cas accompagnés de pyélite ou qui considèrent qu'il faut une dextérité extrême pour passer

des instruments aussi fins sans blesser la membrane muqueuse, il a répondu que nul danger n'était à redouter, et qu'il offrait à tout membre de la Société que l'application de cette méthode pouvait intéresser de pratiquer le cathétérisme des uretères.

Le Dr J. M. Baldy a fait ensuite la lecture d'un mémoire préconisant l'administration des *purgatifs salins pour combattre la péritonite succédant à la laparotomie.*

Ils provoquent, d'après lui, des mouvements péristaltiques de l'intestin qui empêchent la formation d'adhérences et de brides. Ils lavent la cavité abdominale des produits inflammatoires, et en produisant la déplétion des vaisseaux sanguins des intestins et du péritoine, ils ont tendance à prévenir l'émission et l'organisation de la lymphe sur une grande étendue.

Séance du 3 *novembre* 1887.

Le Dr Montgomery a rapporté l'observation d'un cas *d'incision exploratrice* chez une femme de 28 ans à laquelle on avait pratiqué une ponction suivie rapidement de la reproduction du liquide ascitique et qu'on trouva atteinte d'un papillôme de l'ovaire.

Il a présenté dans la même séance les trois pièces suivantes :

1° Un *Fibrôme intra-utérin* enlevé chez une femme de 45 ans qui souffrait d'hémorrhagies depuis plus de trois ans. La tumeur était située sur la face postérieure de l'utérus. L'énucléation se fit avec les doigts et fut complétée au moyen de la curette.

2° Une *hémato-salpingite* opérée chez une jeune femme de 26 ans ayant deux enfants d'un premier mariage, qui souffrait depuis le mois de juin de violentes douleurs dans le côté droit.

3° Un *Fibrôme ovarien* enlevé chez une femme de 40 ans. L'augmentation de volume de l'abdomen datait d'environ un an ; il était causé par une tumeur volumineuse et dure flottant dans une grande quantité de liquide ascitique et occupant la place de l'ovaire gauche. Elle était adhérente à un repli de l'intestin.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 5 *octobre* 1887.— *Présidence du* Dr W. F. CLEVELAND.

Le Dr J. Matthews Duncan appelle l'attention sur la *contraction tonique de l'utérus non suivie de rétraction.* Il arrive quelquefois qu'après la délivrance la contraction spasmodique de l'utérus n'est pas accompagnée de la rétraction complète de l'organe et que, bien que la cavité utérine soit vide, elle ne se referme pas. Dans cette situation, l'utérus est dur, rigide et la cavité est sphérique. Le Dr Duncan a mentionné des cas dans lesquels l'hémorrhagie de la surface d'insertion placentaire s'est présentée en rapport avec cet état de contraction de l'utérus sans rétraction. Il considère que cet état jusqu'ici inconnu ou non reconnu, peut fournir une explication de la différence bien connue d'opinions des autorités de la science obstétricale dont les uns attribuent l'hémorrhagie après la délivrance à la contraction rigide de l'utérus, tandis que les autres se refusent à admettre cette manière de voir.

Il pense que cette particularité se présente rarement dans un utérus de primipare.

Hématocèle traitée avec succès par l'opération. — Tel est le cas dont le Dr John PHILLIPS a entretenu la Société. Chez une jeune femme qui, pendant la menstruation, présentait un souffle aortique, et qui avait une métrorrhagie depuis un mois, il trouva dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur de la dimension d'une orange. La semaine suivante, il se forma une masse volumineuse dans le ligament large qui repoussait l'utérus à droite et qui produisait un gonflement considérable du ventre.

La tumeur descendait vers le rectum. Une ponction aspiratrice avait été pratiquée sans résultat. Il fallut se décider à opérer par le vagin, à l'aide du cautère Paquelin. Il sortit une grande quantité de caillots sanguins. Un tube à drainage ovarien de Keith fut laissé dans l'ouverture. La tumeur disparut rapidement et la malade guérit complètement.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DE CHICAGO

Séance du 24 septembre 1887. — *Présidence de* M. le Dr CHARLES WARRINGTON EARBE.

Le Dr J. H. ETHÉRIDGE lit un mémoire sur l'*Hystérectomie vaginale* et rapporte les observations de trois cas opérés à l'Hôpital Presbytérien. D'après lui, il est impossible de se faire une idée complète sur les avantages offerts aux chirurgiens par la méthode de l'hémostase au moyen de la forcipressure et sur sa supériorité sur la méthode de l'hémostase au moyen des ligatures avant d'avoir fait un certain nombre d'opérations par les deux méthodes.

Dans le 1er cas, pour un épithélioma du col de l'utérus qui n'avait pas envahi les culs-de-sac, il a pratiqué l'hystérectomie suivant la méthode habituelle, abaissement de l'utérus, incision des culs-de-sac, séparation de la vessie et du rectum, il a fait la ligature des ligaments larges à droite et à gauche. Après la suture de deux déchirures qui s'étaient produites à la vessie et au rectum par suite de solides adhérences à l'utérus, on s'aperçut que le ligament large droit laissait échapper une assez grande quantité de sang. On fit une nouvelle ligature.

L'opérée mourut de péritonite en 45 heures. On attribua la péritonite à une petite déchirure de la vessie que démontra l'autopsie

Dans le 2e cas, pour un épithélioma du col de l'utérus, le Dr Ethéridge, fit la ligature des ligaments larges. En suturant une déchirure faite à la vessie, on s'aperçut que les ligatures du ligament large gauche avaient cédé et que le sang coulait abondamment. On refit les ligatures et l'opérée guérit.

Dans le 3me cas, le Dr Ethéridge avait affaire également à une dégénérescence épithéliomateuse du col. Les culs-de-sac et les tissus environnants étant libres et non encore envahis, l'opération fut décidée. Il employa dans ce cas la forcipressure. Les pinces furent enlevées au bout de 48 heures. L'opérée se rétablit rapidement.

Le Dr CHRISTIAN FENGER communique à la Société les observa-

tions de quatre cas de *Carcinome du col* qu'il a opérés avec succès.

D. R. F.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 *avril* 1888.

GALVANISATION EN GYNÉCOLOGIE.

M. Apostoli. — La note lue le 10 janvier à l'Académie, par le docteur Danion, qui vise ma méthode et mes travaux est fausse dans l'esprit et dans la lettre.

1° Fausse, en attribuant à M. Tripier une paternité qui ne lui appartient pas, car Tripier lui-même avait conclu textuellement du petit nombre d'essais, tout à fait sommaires et incomplets auxquels il s'était livré dans la galvanisation des fibrômes, qu'ils ne prouvaient *rien ou presque rien* ;

2° Fausse, en ne voulant pas reconnaître que si on a fait avant moi (Cutter, Semeleder, Ciniselli, Omboni, Aimé Martin, etc...), des essais empiriques, incomplets, sans dosage, sans technique et sans méthode, de galvanisation des fibrômes utérins, personne (sauf Danion) ne me conteste plus la priorité d'avoir créé une méthode nouvelle et complète : *nouvelle*, en embrassant dans sa sphère d'action le traitement des fibrômes, des métrites et endométrites, des périmétrites, etc... ; *complète*, par les règles que j'ai formulées, qui comprennent :

A — Soit la localisation sur *toute* la muqueuse intra-utérine, soit la galvano-puncture périphérique vaginale ;

B — Les indications différentes et précises de *chaque* pôle ;

C — La fixation de l'*échelle* des intensités appliquées dans chaque cas, et variant de 20 à 250 milliampères ;

D — La détermination exacte de la durée, du nombre et des moments des séances ;

E — L'adaptation d'un moyen nouveau pour assurer la tolérance complète, etc. ;

3° Fausse, en ne voulant pas admettre que j'ai formulé, le premier, d'une façon exacte, l'indication variable des basses, moyennes, hautes et très hautes intensités; et fausse, également, en m'attribuant, à tort, l'emploi exclusif, non judicieux et constant des intensités de 200 à 250 milliampères ;

4° Fausse, en croyant que les congestions qu'il a vu se produire expérimentalement dans le tissu cellulaire ou musculaire du lapin sont identiques dans l'utérus humain qui supporte tout ce qui est bien fait, depuis le curage chirurgical jusqu'au curage galvano-chimique que j'ai fondé.

5° Fausse, en prétendant que les hautes intensités en gynécologie sont toujours *dangereuses* ; or elles ne le sont que dans des mains inexpérimentées ou non aseptiques, et qui ne se conforment pas strictement aux règles que j'ai formulées.

A — Ne jamais appliquer des doses massives d'emblée, mais toujours progressivement.

B — Dans toute inflammation présumée ou reconnue des annexes de l'utérus, n'employer que de faibles doses.

6° Fausse en affirmant que les hautes intensités sont *inutiles*, alors que les témoignages de gynécologues qui ont expérimenté ma méthode, lui sont constamment favorables, ainsi que l'a dit, il y a un mois, Thomas Keith, d'Edimbourg, qui vient de faire plus de *douze cents applications* de mon traitement avec un succès constant.

Si tel ou tel dosage, dans un cas donné, a son indication et son utilité, il est évident, d'un autre côté, que, toutes choses égales d'ailleurs, l'effet thérapeutique grandit avec l'intensité électrique utilisée ; aussi on ne saurait prétendre que les petites intensités suffisent à tous les cas, car la clinique nous apprend que partout où elles échouent, et les cas en sont très fréquents, les hautes, si elles sont bien appliquées, réussissent constamment.

(*Bulletin médical.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES (7 mars 1888).

SCARLATINE PENDANT LA GROSSESSE ET L'ÉTAT PUERPÉRAL.

D'après M. Boxall, l'infection par le poison scarlatineux produit généralement, dans l'état puerpéral, une maladie qui offre la plupart des symptômes de la scarlatine et suit le cours de cette

affection, sans apparence de manifestations septicémiques. Cependant, dans quelques cas, l'affection, outre les symptômes habituels de la scarlatine, peut présenter des phénomènes d'empoisonnement septique. Quand ils existent au début de la maladie, on peut généralement les regarder comme des complications accidentelles, mais, à une période plus avancée, ces symptômes peuvent être l'expression d'un processus septique, analogue à l'angine secondaire de la scarlatine ordinaire. Dans quelques cas rares, la maladie revêt une forme insidieuse : les symptômes ordinaires de la scarlatine manquent ou sont si légers et si fugitifs qu'ils échappent à l'observation. Dans ces circonstances, la seule manifestation de la maladie réside dans les symptômes qu'on regarde ordinairement comme propres à la septicémie. Boxall insiste sur les mesures à prendre pour éviter que les femmes enceintes ou récemment accouchées contractent la scarlatine. Le principe contagieux de celle-ci pouvant être transporté non seulement par les mains, mais encore par les habits et peut-être aussi par la respiration (dans ce cas il est mis en liberté dans l'air où il est inspiré par la femme), — on doit pratiquer le lavage soigneux des mains par un moyen prophylactique suffisant. Il faut que les personnes susceptibles de transporter le principe contagieux de la scarlatine prennent un bain antiseptique, changent complètement de vêtements et prennent de l'exercice au dehors. Ces mesures seront prises par les médecins et par toutes les personnes en contact avec l'accouchée.

(*Revue gén. de clin. et de thérap.*).

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DE LONDRES

HÉMATO-SALPINGITE DROITE ; KYSTE OVARIQUE GAUCHE.

M. Edis montre des pièces d'une hémato-salpingite coïncidant avec un kyste ovarique qu'il a enlevé chez une femme de 30 ans, chez qui des douleurs de ventre et des métrorrhagies existaient depuis quelque temps. L'opération a très bien réussi ; mais bien qu'on ait de chaque côté enlevé les ovaires et les trompes le plus près possible de l'utérus, les menstrues se sont montrées très abondantes. M. Edis pense que dans ce cas les ligatu-

res qu'on pensait avoir posées sur les trompes et les ovaires ont dû être mal placées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE (1er février 1888).

HYSTÉROTOMIE DANS LE CARCINOME UTÉRIN.

Depuis dix-huit mois, dit le Dr Landau, j'ai pratiqué six opérations pour des carcinomes de l'utérus :

1° Femme âgée de trente-sept ans, ayant accouché deux fois ; le 10 juin 1886, extirpation totale de l'utérus. Poids du corps le jour de l'opération 102 livres, six mois après 130 livres. Une année plus tard, récidive. Mort au mois de décembre 1887, dix-huit mois après l'opération.

2° Femme âgée de vingt-sept ans, deux accouchements ; le 17 août 1886, extirpation totale de l'utérus. Le 4 septembre 1886, elle sort guérie. Pas de récidive jusqu'ici.

3° Femme âgée de vingt-six ans, en bonne santé apparente ; le 6 juin 1887, extirpation totale de l'utérus. Guérison le 15 juin. Récidive au bout de trois mois. Mort en janvier.

4° Femme âgée de trente ans ; le 15 juillet 1887, extirpation totale de l'utérus. Guérison le 15 août. Pas de récidive jusqu'ici.

5° Femme âgée de quarante et un an. Extirpation totale de l'utérus le 10 septembre 1887. Mort immédiatement après l'opération, à la suite d'une imprudence de la malade.

6° Femme âgée de vingt-neuf ans, bonne santé apparente. Extirpation de l'utérus le 29 septembre 1887. Guérison le 14 octobre. Actuellement une nouvelle tumeur paraît se développer.

7° Femme âgée de vingt-deux ans, extirpation totale de l'utérus le 6 octobre 1887. Guérison le 24 octobre.

Il faut remarquer que sur 7 malades, il y en a quatre qui étaient âgées de vingt à trente ans. L'une de ces femmes est morte aussitôt après l'opération, deux ont succombé à des récidives, trois sont encore en bonne santé.

Quand il s'agit d'un carcinome de la portion vaginale, l'opération doit être pratiquée aussitôt et aussi radicalement que possible. Je préfère l'extirpation totale à l'amputation supra-vaginale préconisée par Schroeder, car je ne partage pas l'idée émise par l'auteur, à savoir que les carcinomes du col se propagent toujours de haut en bas.

Au contraire, de nombreux examens microscopiques d'utérus amputés m'ont démontré qu'une dégénérescence de la muqueuse du corps coïncidait souvent avec le cancer du col.

Quant au procédé opératoire, j'ai suivi celui qui a été indiqué récemment par Richelot. Je préfère ce procédé à cause de sa grande rapidité ; il réduit, en outre, l'hémorrhagie à son minimum et permet d'éviter les hémorrhagies secondaires. On évite encore par ce procédé la lésion des uretères et le traitement post-opératoire est des plus simples.

Le point important, dans le traitement des carcinomes utérins, c'est de faire le diagnostic dès le début du mal. A ce point de vue je n'accorde pas une grande importance à l'examen histologique des fragments de la tumeur obtenus par le raclage.

(*Sem. méd.*)

CONGRÈS DE CHIRURGIE DE NAPLES.

HYDROTHORAX COMPLIQUANT LES TUMEURS DE L'OVAIRE.

M. Pascale, après avoir cité les travaux de Potain, de Terrier et de Verneuil, et se fondant sur 21 observations personnelles, formule les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs de l'ovaire peuvent se compliquer d'hydrothorax dans environ 6 0/0 des cas ;

2° Cet hydrothorax présente des caractères tout à fait spéciaux par lesquels il se distingue des épanchements pleurétiques inflammatoires, et, par suite, d'une reproduction secondaire de tumeurs ;

3° Il trouve sa raison d'être dans les conditions mécaniques et chimiques, créées par le kyste ovarien ;

4° Ces conditions permettent de poser les indications opératoires suivantes :

a) Il est parfaitement inutile de recourir à la thoracentèse, même si l'hydrothorax est volumineux. Il vaut mieux, en cas de nécessité, faire la paracentèse ou même la simple ponction du kyste qui suffisent pour amener une diminution de l'épanchement pleurétique et une amélioration dans les conditions locales de la respiration et de l'état général.

b) L'opération radicale une fois faite, l'épanchement pleurétique disparaît complètement de lui-même.

M. Durante est d'avis de vider l'hydrothorax partiellement (et non complètement) dans les cas seulement où l'épanchement est assez considérable pour devenir un obstacle à l'emploi du chloroforme dans l'ovariotomie.

KYSTE D'UN OVAIRE SURNUMÉRAIRE.

M. Bossini. — Il s'agissait d'une tumeur siégeant à gauche de l'ombilic depuis le rebord des côtes jusqu'à la fosse iliaque. La ponction donna issue à un liquide brunâtre filant, coagulable par la chaleur et contenant des éléments épithéliaux caliciformes. Laparotomie. Extirpation complète de la tumeur recouverte du mésentère et du feuillet pariétal postérieur du péritoine. Les reins étaient à leur place et normaux, ainsi que les organes génitaux internes. Guérison en douze jours. M. Bossini admet qu'il s'agissait d'un kyste d'un ovaire surnuméraire. Ce serait donc un cas unique dans son genre.

STATISTIQUE DE LAPAROTOMIES.

M. Ruggi a exécuté cent laparotomies qu'il divise en trois périodes.

Première période. — De 1870 à 1877. Absence de médication antiseptique. Quatre opérations. Une seule guérison.

Deuxième période. — De 1877 à 1885. Pansement de Lister. 41 laparotomies. 31 guérisons. Les cas de mort se rapportaient pour la plupart à des fibro-myomes et étaient surtout dus aux accidents que M Ruggi met sur le compte de l'empoisonnement par l'acide phénique.

Troisième période. — De 1886 à 1888, 55 laparotomies, avec 53 succès.

M. Ruggi parle ensuite de la laparotomie dans les déplacements de l'utérus et cite divers cas de prolapsus complet et de rétroflexion guéris par la laparotomie et la fixation de l'utérus (suture des ligaments ronds) dans sa position normale.

(*Bulletin médical.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

DU TÉNANOS UTÉRIN.

Cet accident assez rare de l'accouchement a fait l'objet d'un travail intéressant de M. le Dr Duriez, dans lequel se trouvent des observations nouvelles qui méritent d'être reproduites. Mais avant, il est utile de dire ce que c'est que ce *tétanos utérin.*

Dans le travail de l'accouchement, l'utérus peut être affecté de divers états pathologiques qui ont quelque analogie avec le tétanos utérin. Ce sont : le *rhumatisme utérin* caractérisé par de la fièvre, des douleurs utérines spontanées augmentant par la pression, les mouvements, et pouvant se porter sur d'autres points de l'organisme ; le *tétanos puerpéral*, qui est le résultat d'une infection, survient après l'accouchement, ressemble au tétanos chirurgical et s'accompagne, par conséquent, de trismus, d'opisthotonos, etc. ; les *spasmes utérins survenant après l'expulsion de l'enfant* sur l'orifice interne qui se ferme et empêche l'issue de l'arrière-faix, ou portant sur le corps même de l'utérus et produisant l'enchatonnement partiel ou complet du placenta : le *spasme utérin partiel de l'accouchement*, caractérisé par la contraction spasmodique soit du corps, soit du col, et dans ce cas on a la *rigidité spasmodique du col.*

Si ce spasme est général, c'est-à-dire si l'utérus, au lieu de se relâcher dans l'intervalle des douleurs, conserve dans son ensemble les caractères qu'il revêt pendant la contraction utérine normale, on a alors le *tétanos utérin*. Le tétanos utérin n'est autre chose qu'une contraction utérine permanente.

L'utérus peut rester assez longtemps en état de tétanos, qui peut durer dix-huit, trente-six heures.

Les causes du tétanos utérin sont la rupture prématurée de la poche des eaux, les obstacles s'opposant à la terminaison de l'accouchement (rétrécissements, tumeur), les présentations vicieuses, surtout celles de l'épaule, les manœuvres inopportunes et surtout l'ergot de seigle.

Le pronostic est absolument fatal pour l'enfant par le fait même du tétanos. Il doit être réservé pour la mère qui est mise en danger par la durée du travail et la gravité des manœuvres que nécessite sa délivrance.

Le traitement préventif repose sur l'indication de régulariser les présentations vicieuses, et l'interdiction absolue de l'ergot pendant le travail.

En présence d'un cas de tétanos, les moyens destinés à lever le spasme utérin étant infidèles et parfois dangereux, si, après une ou deux tentatives de version faites sous le chloroforme, ce mode de délivrance échoue, il est préférable de recourir à l'embryotomie pratiquée le plus tôt possible, et sur 53 opérations de ce genre il n'y eut que 8 morts.

Voici maintenant deux observations de M. Eustache, de Lille : l'une dans laquelle, après la version, la malade put guérir, et l'autre dans laquelle on fut obligé de faire une embryotomie suivie de mort.

Observation I. — *Présentation de l'épaule. Tétanos utérin. Version.* — La femme Zulma J..., âgée de 33 ans, IVpare, se présente à l'hospice de la Charité-Maternelle, le 15 janvier 1884, avec le bras droit procident à la vulve. Cette femme a été prise de douleurs la veille au soir, il y a quatorze heures ; peu après, la poche des eaux se rompait spontanément et le liquide amniotique s'écoula en grande quantité. Une sage-femme, appelée aussitôt, pratique le toucher à plusieurs reprises et essaye de hâter l'accouchement par la dilatation artificielle du col. Les douleurs, qui menaçaient de se suspendre, reprirent avec une nouvelle énergie et devinrent presque continues. A minuit, la sage-femme quitte la patiente après lui avoir donné 1 gramme d'ergot de seigle.

La femme souffrit toute la nuit presque sans interruption et, le lendemain matin, quand la sage-femme revint, une main, la droite, apparaissait à la vulve. Elle se mit aussitôt en mesure de pratiquer la version ; mais malgré des essais multiples pendant près d'une demi-heure, elle ne put y arriver et envoya la femme à la Maternité.

M. le professeur Eustache fut mandé aussitôt, mais comme il ne put s'y rendre que quelques heures après, de nouvelles tentatives de version furent faites inutilement. Quand le chirurgien vit la malade, il y avait vingt-deux heures que le travail était commencé et près de douze heures que les douleurs étaient ininterrompues.

La femme avait la figure violacée, les traits tirés, le pouls très fréquent et à peine sensible. Elle se plaignait continuellement et était en proie à une hyperesthésie générale très prononcée. L'exploration abdominale lui arrachait des cris.

La matrice était rétractée, arrivant à peine à la hauteur de l'ombilic.

Elle était bosselée, irrégulière, exactement moulée sur le fœtus dont la tête occupait la fosse iliaque gauche. La main droite procidait à la vulve ; elle était tuméfiée, noirâtre et refroidie. Le bras droit occupait le vagin, en même temps qu'une anse du cordon, flasque et sans battements L'épaule était fixée au détroit supérieur.

Quelques tentatives légères firent voir que sa mobilisation serait très difficile, sinon impossible, par suite du tétanos de l'utérus.

L'enfant étant mort, l'accoucheur décide de différer de quelques heures toute nouvelle tentative de délivrance et fait administrer à la femme un lavement avec XX gouttes de laudanum. Un calme relatif et un peu de sommeil survinrent dans l'après-midi ; mais le ventre resta dur, la matrice rétractée ; le tétanos utérin ne cédait point.

Avant de recourir à l'embryotomie, qui paraissait inévitable, M. Eustache chloroformise la femme et tente la version, en faisant soulever très haut le siège de la malade, pendant que la tête et les épaules restaient appuyées sur le lit. Grâce au chloroforme et à cette position inclinée, l'épaule de l'enfant se déplace un peu ; la main peut être glissée, quoique avec peine, jusque dans l'utérus, saisir une cuisse de l'enfant près du bassin et l'amener au détroit supérieur, pendant que le bras procident, attaché par un lacs, était refoulé en haut. L'évolution du fœtus fut opérée brusquement, et pendant que de fortes doses de chloroforme étaient administrées, l'extraction fut faite de force. Toutefois, quand le siège fut dehors, la tête fut arrêtée par le col de l'utérus fortement serré autour du cou de l'enfant. L'extraction définitive eut lieu quelques instants après de fortes tractions exercées en bas sur le cou de l'enfant et suivies d'un violent mouvement de relèvement en haut du tronc (méthode de Prague). La délivrance artificielle fut faite aussitôt sans difficulté, le placenta étant déjà engagé dans le col.

Une injection intra-utérine de un litre de solution de sublimé au 2/1000 fut pratiquée et la femme portée dans son lit.

Les suites de couches furent presque normales. Le soir du premier jour, la température atteignit 40° ; elle n'était plus que de 38° le troisième jour et de 37°5 le quatrième.

La femme quitta la Maternité le quatorzième jour, complètement guérie.

Obs. II. — *Présentation de l'épaule droite. Tentatives réitérées de version. Embryotomie. Mort.* — Elisa A..., 22 ans, primipare, avait eu une grossesse très accidentée. Afin de cacher son état à ses diverses connaissances, elle n'avait pas quitté la chambre depuis trois mois. Cette claustration prolongée avait développé chez elle un état névrosique très accentué et produit de véritables attaques d'hystérie.

Le 6 novembre 1885, les premières douleurs de l'enfantement se manifestèrent ; quelques heures après, la poche des eaux se rompit spontanément ; le col était à peine dilaté, la présentation inaccessible ; de plus, le ventre était si sensible et la matrice si rétractée qu'il fut impossible au médecin de faire un diagnostic quelconque.

La journée entière du 7 novembre se passa au milieu de douleurs très vives et presque continues. La malade vomissait à peu près tout ce qu'elle prenait et avait à chaque instant des crises hystéro-épileptiformes. Le soir, vingt-neuf heures après le début des premières douleurs, le col s'ouvre et le bras droit procide dans le vagin. Le col se serre fortement et ne permet pas à l'explorateur de pénétrer plus haut.

A minuit, le bras étant plus fortement engagé, l'épaule arrive au niveau du col, qui est presque complètement dilaté, mais fortement rétracté. L'utérus est violemment resserré sur l'enfant d'une dureté ligneuse. Il y a un véritable tétanos, qui, du reste, semble exister depuis le début du travail.

Une première tentative de version est faite inutilement. La main ne peut dépasser le cou de l'enfant.

Une heure après la malade étant profondément chloroformisée, de nouveau on essaye la version. La main pénètre dans la matrice et arrive sur les pieds qui sont dans le flanc droit (C. I. G. de l'épaule droite). Mais au moment de les saisir, la main et les doigts de l'opérateur sont tellement comprimés par l'utérus que tout mouvement devient impossible. Bientôt le poignet est à son tour étranglé par le col et l'accoucheur est obligé de retirer sa main, devenue complètement inerte.

M. le professeur Eustache, appelé alors, renouvelle la même tentative, mais avec le même insuccès et fait transporter la patiente à la maternité Sainte-Anne, afin d'aviser à la conduite à tenir.

Elle est reçue à 7 heures du matin. Le tétanos est aussi prononcé que jamais. La matrice est dure comme du bois. On essaie encore une

fois de pénétrer dans l'utérus, mais la chose est absolument impossible. On prescrit un lavement laudanisé ; des boissons toniques, car la malade est dans un état d'épuisement absolu, a sans cesse des menaces de syncope et on remet l'embryotomie à midi.

L'opération fut faite par M. Eustache, assisté de MM. les professeurs Baltus et Duret. Elle fut d'une difficulté extrême et dura une heure et demie. Après avoir essayé inutilement de tirer sur le bras procidé afin de rendre le cou accessible pour pratiquer la décollation, on fait la section de ce bras à l'aide de forts ciseaux de Dubois ; puis on pénètre dans l'utérus et on va à la recherche du second bras que l'on attire avec la plus grande difficulté. Grâce à ce moyen, le cou descend un peu et peut être accroché par les doigts de l'accoucheur. Il était encore trop haut pour pouvoir être atteint par les ciseaux de Dubois, et on dut recourir à la ficelle de Pajot. Une première fois, la ficelle cassa; mais une seconde fois on put opérer la section du cou, complétée du reste aussitôt par les ciseaux.

Des tractions sont alors exercées sur le bras gauche pour engager le tronc; mais celui-ci ne se mobilise pas et, de plus, le col est fortement serré sur l'épaule. On introduit alors deux doigts et à travers la surface de section on pénètre dans le thorax et on fait l'éviscération. Bientôt le tronc s'engage et est amené au dehors. Mais la tête était encore élevée et on dut l'extraire par une application de forceps.

Ces diverses manœuvres, très laborieuses et pratiquées avec d'autant plus de hâte que la malade menaçait de mourir, purent être faites sans hémorrhagie notable et sans déchirure de la matrice ; mais les parties génitales externes et tout le vagin avaient subi une contusion considérable et étaient fortement ecchymosés.

Aussitôt la délivrance opérée, on s'occupe de remonter la malade à l'aide de moyens usités en pareil cas. On y parvient, en effet; mais, deux heures après, l'affaiblissement reprit le dessus et la mort survint à 6 heures du soir, quatre heures et demie après la délivrance.

(*Paris médical.*)

PRATIQUE OBSTÉTRICALE A LA MATERNITÉ DE MARBURG (*Centralbl. für. Gynec.* 5 novembre 1887).

Depuis 1883, Ahlfed a introduit l'antisepsie qui a été peu à peu perfectionnée. Actuellement, chaque femme, à son entrée, prend un bain et on met sous elle une alèze bien propre. Le vagin et les parties génitales externes sont lavés avec une solution chaude de sublimé à

1/2000. Les accidents causés par le sublimé ont été très rares et toujours sans gravité. Il est contre-indiqué cependant chez les femmes anémiques, dans le cas de placenta-prœvia, dans la néphrite et lorsque la malade suit un traitement mercuriel.

Ahlfed est opposé à la méthode de Crédé. Il pense que, lorsque la délivrance se fait naturellement, l'écoulement de sang est moindre et la fièvre puerpérale est plus rare. La méthode d'expression de Crédé est bonne lorsqu'il y a une hémorrhagie profuse ne cédant pas aux frictions sur l'abdomen, au niveau de l'utérus, dans les cas de placenta-prœvia et quand il existe une fièvre infectieuse.

(*Revue génér. de chir. et de thérap.*)

VARIÉTÉS

Le *Madagascar Times* rapporte le cas d'une Malgache qui a mis au monde un enfant femelle double. L'enfant a quatre yeux, deux nez, quatre bras, deux bouches et quatre jambes, mais une tête seulement et un corps. Les deux bouches rendaient des sons, mais une seule tétait le sein de la mère. L'expression de figure du monstre était si étrange que l'enfant fut mis à mort deux jours après sa naissance.

FEMMES-MÉDECINS. — D'après les *Archives suisses d'Odontologie*, il y aurait actuellement en Suisse 102 femmes étudiant la médecine. A Kaschan, en Perse, trois dames russes, docteurs en médecine, ont fondé récemment un hôpital de consultations pour les femmes musulmanes et ont donné l'année dernière 15,000 consultations.

FEMME PHARMACIENNE. — La *Gazette des Hôpitaux* de Toulouse nous annonce la nomination de Mme Gaillard-Bonshomme, pharmacienne, à la direction de la pharmacie, au lycée de Toulouse, en remplacement de M. Magnes-Lahens.

FEMMES MÉDECINS EN RUSSIE. — Les femmes médecins ont fêté dans un grand restaurant, le dixième anniversaire de leur existence professionnelle. Un grand nombre de professeurs et de notoriétés médicales assistaient à ce banquet, MM. Botkine, Tarnowski, Rauchfuss ont pris la parole. Le professeur Botkine a dit qu'une sorte de divination instinctive était propre au cerveau des femmes, et que cette

faculté pouvait être d'un grand secours pour le diagnostic. Le professeur Rauchfuss a rappelé l'activité médicale des femmes russes dans les dix années qui viennent de s'écouler. Le professeur Tarnowski a ensuite exprimé l'espoir de voir se rouvrir les cours de médecine pour les femmes, suspendus depuis quelque temps par le gouvernement russe. (*Bulletin médical.*)

—

Fœtus parasite. — A la *Société de pathologie de Londres*, MM. Sutton et Shattock ont présenté un jeune Indien de 17 ans, porteur d'un fœtus parasite qui lui adhère intimement, au niveau de la partie inférieure du côté droit du sternum, tout près de l'appendice xiphoïde. Le parasite est divisé en deux parties. L'une, la plus petite, comprend les extrémités supérieures et les rudiments d'épaule. L'autre comprend la partie inférieure du tronc, la région périnéo-anale et les extrémités inférieures.

La partie antérieure du parasite regarde le corps du jeune Indien, porte un pénis bien conformé, entouré de poils ; mais il n'y a pas de testicules. On trouve un rudiment de canal anal ; de même on sent une crête iliaque et un sacrum rudimentaires.

Les membres supérieurs du parasite peuvent être aisément portés dans toutes les directions ; le jeune Indien peut les entourer autour de son cou. L'articulation du coude droit est ankylosée, l'avant-bras très petit ; la main, qui porte quatre doigts et pas de pouce, est fléchie. A gauche le pouce existe ; il est fléchi dans la paume de la main.

Les cuisses sont bien développées ; les genoux sont incomplets, les jambes sont fortement fléchies sur les cuisses.

De chaque côté les pieds sont en varus : ils ne sont pas trop petits ; les orteils gauches sont tous bien développés ; à droite il n'en existe que trois.

Les téguments du parasite ne sont pas très sensibles. L'urine s'écoule fréquemment de l'urèthre et l'autosite (le porteur du fœtus) n'éprouve aucune sensation pendant le passage de l'urine. Le pénis est parfois en érection. Le parasite ne paraît pas avoir de cœur, mais il a des intestins.

Le jeune Indien se porte très bien. (*Bulletin médical.*)

—

PSYCHOLOGIE DU FŒTUS.

Dans un livre très intéressant auquel nous aurons l'occasion de

faire divers emprunts (1), M. Féré entre dans des considérations très curieuses sur les mouvements du fœtus, mouvements qui peuvent être considérés comme le témoignage de la réaction de l'enfant vis-à-vis de la mère.

« Il n'est pas sans intérêt de considérer dans quelles conditions ces mouvements se produisent de préférence. Il n'est pas douteux qu'ils se font sentir fréquemment lorsque la mère subit une secousse violente de quelque nature que ce soit ; mais il n'est pas nécessaire qu'une excitation soit assez intense pour déterminer chez la mère des mouvements visibles ou seulement conscients pour que le fœtus réagisse. J'ai interrogé à ce point de vue un certain nombre de femmes enceintes, et plusieurs ont pu m'affirmer avec la plus grande netteté, qu'il suffisait qu'un coup de sonnette, qu'un son un peu brusque, qu'une odeur forte, etc., vînt les impressionner pour que les mouvements du fœtus se manifestent, bien que ces excitations n'aient pas provoqué chez elles de mouvements de surprise, ni même de sensations musculaires assez intenses pour éveiller leur attention. Il semble donc que, pour une même excitation, le fœtus soit un réactif plus sensible que la mère.

J'ai depuis observé, à la Salpêtrière, une hystérique enceinte et qui offre, soit dit en passant, le phénomène sur lequel j'ai déjà eu à insister, l'élévation des zones douloureuses ovariennes ; cette femme prétendait qu'il lui suffit d'entrer dans le cabinet du laboratoire de photographie qui ne reçoit que de la lumière rouge, pour que des mouvements du fœtus se produisent immédiatement ; il m'a été facile de vérifier la réalité du fait à plusieurs reprises. Une autre femme m'a donné un renseignement analogue ; mais je n'ai pu le vérifier directement.

Une des femmes que j'ai interrogées m'a déclaré que, chaque fois qu'elle mangeait des mets qu'elle digérait mal, elle était incommodée par les mouvements du fœtus après le repas. Certains aliments, comme le poisson, par exemple, paraissent jouir de propriétés excitantes qui se manifestent sur un grand nombre de sujets. Ces faits indiquent que les sensations internes de la mère déterminent sur le fœtus des mouvements analogues à ceux qui sont provoqués par les sensations externes.

L'influence de l'excitation psychique de la mère n'est pas moindre ;

(1) *Sensation et mouvement*, in-12 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. Chez Alcan. Prix : 2 fr. 50.

sous l'influence de la colère, les mouvements du fœtus se manifestent souvent avec une très grande intensité ; il en est de même dans les autres états psychiques violents.

J'interrogeais un jour une femme enceinte de sept mois qui avait déjà un jeune enfant : « Il semble, me disait-elle, qu'il y a une sympathie étrange entre l'enfant que je porte et l'autre. Quand le second crie ou pleure, le premier s'agite extraordinairement, au point de me donner des douleurs très vives. » D'autres femmes qui ont eu plusieurs enfants m'ont confirmé la réalité de cette remarque.

Un fait que je n'ai pas trouvé signalé, et qui me paraît très important, m'a été rapporté par plusieurs femmes. Souvent, au milieu d'un rêve banal, produisant une excitation très modérée, n'offrant pas les caractères d'un cauchemar dans lequel le sujet est réveillé en sursaut par une contraction brusque de tout le corps sous l'influence d'une hallucination terrifiante, au milieu d'un rêve qui, à l'état normal, n'aurait pas interrompu le sommeil, la femme est réveillée par les mouvements du fœtus. Ce fait nous montre que les représentations mentales de la mère provoquent des réactions motrices chez le fœtus, et que, même, tout comme pour les excitations sensorielles, ces réactions sont plus fortes chez lui que chez elle. Il semble qu'en raison de sa faiblesse, il réagisse plus fortement à toutes les excitations et constitue une sorte de multiplicateur des réactions de la mère.

En somme, le fœtus dans la cavité utérine réagit, on peut dire fatalement, non seulement à toutes les excitations qui peuvent l'atteindre directement, mais à toutes les sensations perçues ou non, à toutes les représentations mentales de sa mère. Quand il vient au monde, il a déjà un avant-goût de la prétendue liberté dont il va jouir.

Si les quelques faits que l'on connaît, relatifs aux circonstances dans lesquelles se produisent les mouvements du fœtus, sont capables d'établir qu'il ressent toutes les excitations auxquelles la mère est soumise, on comprend que ces circonstances méritent considération au point de vue de l'hygiène.

L'hérédité de la dégénérescence est aujourd'hui un fait des mieux *établis*, de même que son aggravation progressive ; et la localisation de la prédisposition morbide peut être influencée par un accident de la conception ou de la gestation. Mais chez quelques dégénérés on ne peut saisir aucune trace de vices héréditaires, et il faut chercher une autre cause. Les observations que nous venons de rapporter permettent de comprendre comment les excitations sensorielles, les

émotions répétées ou violentes de la mère pendant la grossesse peuvent déterminer des troubles profonds dans la nutrition du fœtus et en particulier dans son système nerveux, et ces dégénérés congénitaux (*ab utero*) ne peuvent guère se distinguer des dégénérés héréditaires. Un bon nombre de cas d'épilepsie, d'idiotie, etc., reconnaissent pour cause l'alcoolisme des parents : tous ces troubles physiques et mentaux un peu profonds de la mère pendant la gestation peuvent agir dans le même sens.

Les faits grossiers qui montrent l'influence de l'état psychique de la mère sur l'état somatique du fœtus, nous mettront peut-être sur la voie de l'explication de l'influence de l'imagination de la mère sur le développement du produit de la conception.

L'opinion qui attache l'origine de certains *nœvi* (envies) à des représentations mentales très intenses de la mère, n'est pas sans fondement physiologique.

Ce n'est pas abuser de l'hypothèse que d'admettre que concurremment aux phénomènes moteurs qui accompagnent les sensations de la mère, le fœtus éprouve aussi des phénomènes vasculaires et nutritifs. Les stigmates peuvent se développer par des troubles vasculaires et nutritifs produits sous l'influence d'une excitation vive ou de l'imagination ; le fait est qu'ils peuvent être reproduits expérimentalement, de nombreux faits le prouvent déjà. Les *nœvi* peuvent s'expliquer de même : malheureusement, ces faits capables d'établir la relation entre l'excitation et le nœvus sont rares.

NÉCROLOGIE

La *Gazette des Hôpitaux*, dit notre excellent confrère T. Le Sourd, est plongée dans l'affliction la plus profonde, son rédacteur en chef vient de succomber frappé d'apoplexie.

Hippolyte Brochin était né le 13 octobre 1808. Elève de Jules Guérin, il avait, avec Dechambre et M. Diday (de Lyon), préparé, sous ce maître éminent, la carrière qu'ils ont tous parcourue avec le plus grand succès.

Mais, si Brochin était l'écrivain distingué, le médecin prudent, le philosophe profond ; s'il déployait les qualités les plus éminentes du journalisme, il y avait, chez lui, une note qui dominait toutes les autres, c'était la bonté. Le seuil de sa maison était doux aux débu-

tants ; son accès toujours bienveillant. Dans tout travail, il visait surtout le point utile à la science ; sans s'arrêter jamais à la forme, il reprenait l'idée, la parait, la présentait sous son jour le plus favorable, et, bien souvent, l'auteur de la communication lisait, avec surprise, une note élégamment écrite, à la place du travail informe, que les exigences de la vie médicale ne lui avaient pas donné le temps de polir.

Hippolyte Brochin était un rédacteur en chef accompli. Toutes ses pensées étaient concentrées sur le journal, aux destinées scientifiques duquel il a présidé pendant trente-cinq années. On appréciera son tact et sa délicatesse, lorsqu'on saura que, dans sa longue carrière, il n'a compté que des amis ».

Nous nous associons d'autant mieux aux regrets exprimés par M. Le Sourd que nous comptons le docteur Albert Brochin son fils au nombre de nos meilleurs amis.

Nous lui adressons ici l'expression de nos sentiments les plus sympathiques au sujet du malheur qui vient de le frapper.

—

Le docteur Blot (Claude-Philibert-Hippolyte), était né à Paris le 14 juin 1822. Interne des hôpitaux, au concours de 1845, il passa deux années à la Maternité, où il devint l'un des bons élèves du professeur Paul Dubois. Docteur en médecine en 1849, il fut nommé chef de clinique d'accouchements en 1855 et agrégé dans la section d'accouchements en 1856. M. Blot avait été nommé membre de l'Académie de médecine en 1863 et il était directeur du service de la vaccine depuis 1873. On lui doit une bonne thèse sur *l'albuminurie des femmes enceintes* (1849) ; un mémoire *sur l'arthrite suppurée chez les femmes en couches* (1853) ; un travail *sur la version pelvienne dans certains cas de rétrécissement du bassin* (1862) ; un autre mémoire sur le *ralentissement du pouls dans l'état puerpéral* (1863), etc., et divers rapports sur le service de la vaccine. Il est aussi l'inventeur d'un céphalotribe.

M. Blot, depuis longtemps souffrant d'une affection cardiaque, est mort à Paris le 13 mars. Très estimé de ses collègues, M. Blot avait demandé qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe.

—

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bitot, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux. M. Bitot, que nous avons eu l'honneur de compter au nombre de nos maîtres, était un

homme aimable et bon en même temps qu'un éminent praticien. Il jouissait d'une grande notoriété justement acquise. Nous adressons à sa famille, à ses fils, nos jeunes confrères, l'expression de nos sentiments de profonde sympathie.

NOUVELLES

—

HOSPICE D'AMIENS. — M. le docteur Peulevé, chirurgien du service des Enfants, est nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur Huber est chargé des deux services de la Maternité et des Enfants, réunis en un seul service.

—

COW-POX. — Le professeur Crookshank, dit le *Med. Rec.* du 7 janvier 1888, vient de découvrir une épidémie de cow-pox. C'est un fait intéressant dont il faut espérer que le savant professeur a su ou saura tirer parti au point de vue de la vaccine.

—

MEXICO. — Tout dernièrement une jeune fille vient d'être reçue docteur au Mexique ; c'est la première fois que pareille chose arrivait et pour fêter ce grand événement, ses condisciples ont eu l'idée d'organiser un combat de taureaux entre amateurs.

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE MILITAIRE DE SAINT-PÉTERSBOURG. — MM. *Kohan* et *Gramatikatti* sont nommés privat-docent, l'un de pathologie générale, l'autre d'obstétrique.

—

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE. — Le second congrès de gynécologie sera tenu à l'Université de Halle, les 24, 25 et 26 mai 1888.

BIBLIOTHÈQUE

—

La cocaïne en chirurgie dentaire, par A. PRÉTERRE, chirurgien-dentiste, lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Observation d'Otite moyenne subaiguë granulée, mort, par le Dr E. MÉNIÈRE.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

46. — Le lavage de l'estomac chez les enfants à la mamelle. — Depuis quelques années, le Dr Ebstein, de Prague, pratique, à l'asile des Enfants-Assistés de cette ville, le lavage de l'estomac avec un avantage absolu. Dans ce but il se sert d'un appareil composé d'une sonde n° 8 ou 10 de Nélaton, longue de 35 cent., pourvue à son extrémité d'une ouverture allongée. Elle est munie d'un petit tube de verre auquel on adapte, à son extrémité, un tube élastique avec embout. On peut introduire cet instrument dans l'estomac quelques jours après la naissance sans le moindre péril chez les enfants. Le lavage se pratique dans le décubitus dorsal. Le tronc et la partie supérieure des enfants doivent être enveloppés dans des serviettes ou des bandages. On ouvre la bouche de l'enfant en exerçant une légère pression par le menton, et on déprime légèrement le larynx avec l'index de la main droite ; on introduit la sonde préalablement trempée dans l'eau chaude en la tenant à la manière d'une plume à écrire et on la fait avancer peu à peu, par l'action seule de la déglutition ; la sonde entre naturellement dans l'œsophage et pénètre jusque dans l'estomac. Si on la fait avancer avec hésitation, elle s'arrête à la surface postérieure du pharynx, se replie sur elle-même ; pour la faire avancer, il faut la retirer et l'introduire à nouveau. L'obstacle peut venir du cartilage cricoïde, mais il ne constitue presque jamais alors une difficulté sérieuse. La sonde arrivée à l'estomac provoque des contractions des parois gastriques qui font sortir la masse liquide par le tube élastique, on abaisse alors l'embout et l'estomac se vide ; il arrive parfois pourtant que les caillots formés par le lait mettent obstacle à l'évacuation complète de son contenu. On procède ensuite au lavage, après avoir fait exécuter à la sonde des mouvements de va-et-vient et de rotation pour s'assurer qu'elle est bien en place. Pour le lavage, Ebstein se sert d'eau distillée tiède et d'hydro-carbonate de soude. Dans chaque opération, il emploie de 20 à 35 grammes de liquide. On relève l'embout pour verser le liquide et on l'a-

baisse pour qu'il soit rejeté au dehors. Il faut verser le liquide dans l'embout de manière à introduire le moins possible d'air ; on peut aussi introduire le tube rempli et comprimer avec une pince au-dessus du liquide. Si l'enfant crie trop fort, si les nausées et les vomissements empêchent le liquide de descendre, il suffit d'attendre un moment, car en général, il se calme très vite. On peut répéter le lavage deux ou trois fois jusqu'à ce que le liquide sorte à peine trouble. L'expérience a démontré que, chez un enfant d'une longueur de 50 centimètres, la distance de la bouche au cardia est de 18 centimètres. Il en résulte que la sonde introduite vient toucher la grande courbure et arrive jusqu'au fond de l'estomac. Il est impossible qu'une perforation ait lieu, même lorsque les parois de l'estomac sont très minces. Il se produit quelquefois de petites hémorrhagies, mais elles dépendent uniquement de la rupture de petits vaisseaux capillaires sous l'influence des efforts de vomissements. On ne peut dépasser le pylore avec la sonde qu'à la suite d'efforts violents d'introduction ; du reste cette éventualité, qui ne peut avoir d'inconvénients graves, est toujours évitée par un opérateur un peu exercé. Le lavage de l'estomac chez les enfants est contre-indiqué dans le collapsus, dans les maladies du poumon et du cœur, parce qu'il pourrait produire des accidents asphyxiques graves. Il est indiqué : 1° Dans les cas de vomissements répétés, parce qu'il indique une affection catarrhale de l'estomac et surtout lorsqu'il existe une affection de la bouche capable de passer à l'estomac et même à l'intestin. Dans les cas où l'on peut attribuer la maladie de l'estomac à certains organismes vitaux, par le lavage nous supprimons la cause morbide elle-même et nous prévenons le catarrhe intestinal. D'un autre côté, la masse de lait coagulé agit comme irritant sur les parois de l'intestin ; de cette façon nous supprimons l'irritation mécanique qu'elle produit. Il faut également, dans les cas de catarrhe gastrique, supprimer pendant quelques jours l'alimentation au lait et donner simplement de l'eau albumineuse. Il est bon d'ajouter que le lavage, préliminaire de tout traitement sérieux, doit être mis en pratique tant que l'enfant continue de vomir. Chez les enfants bien portants, la digestion stomacale est finie dans l'espace d'une heure ; au contraire, chez les enfants malades, elle ne dure pas moins de trois à cinq heures ou même plus. Dans ces conditions, l'aliment est mélangé à une grande quantité de mucus. S'il existe en même temps que l'affection de l'estomac, du catarrhe de l'intestin, les selles sont liquides et d'un jaune verdâtre.

Les vomissements habituels prédisposent au catarrhe de l'estomac et à la dilatation des viscères.

Le lavage de l'estomac devra trouver des indications dans les cas d'éclampsie causés par des substances indigestes.

Dans les cas d'empoisonnement, on pourra le faire également avec succès. A l'asile des Enfants-Assistés de Turin, on pratique depuis deux ans le lavage de l'estomac avec succès et les résultats sont tout à fait satisfaisants. Le Dr Bœtti a l'habitude de pratiquer le lavage une heure au moins après que l'enfant a tété ; il emploie l'eau bouillie, tiède et légèrement alcaline avec de petites doses de bi-carbonate de soude. Il est bon de laisser ensuite l'enfant tranquille pendant quinze ou vingt minutes avant de le présenter à la mamelle. En second lieu, il faut autant que possible commencer de bonne heure avant que le catarrhe ne se soit étendu et n'exige des lavages réitérés. (*Paris médical* et *Giornale della R. Academia de medicina di Torino*, juillet-août, 1886, p. 630.)

***

47. — Solution contre les vomissements incoercibles. (Dujardin-Beaumetz.)

Chlorhydrate de cocaïne...........	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée......................	300 grammes.

Faites dissoudre. — Toutes les heures, deux cuillerées à soupe de cette solution, aux femmes enceintes atteintes de vomissements incoercibles, jusqu'à ce qu'elles aient ingéré 0 gr. 40 centigr. de cocaïne dans la journée. — Il importe que les malades restent couchées, pour éviter les vertiges.

***

48. — Un cas de chorée traité avec succès par l'antipyrine. — Une jeune fille chlorotique, âgée de seize ans, fut affectée de la chorée peu de temps après une attaque de rhumatisme articulaire qui évolua sans complication cardiaque. L'agitation de la malade était telle qu'il fallait exercer une surveillance de jour et de nuit, pour empêcher une chute hors du lit. La malade ne pouvait plus avaler d'aliments solides ; on la traita, sans résultat, par le bromure de potassium, la propylamine, le salicylate de soude. Le docteur Wolner eut alors recours à l'administration de l'antipyrine, à la

dose quotidienne de trois grammes en trois reprises. Sous l'influence de cette médication, une amélioration immédiate se produisit dans l'état de la malade ; guérison complète en l'espace de quinze jours.
(*Munchner med. Woch.*)

49. — Traitement de l'incontinence d'urine. — Le docteur Harkin, pensant que l'incontinence d'urine pouvait être due à une congestion de la moelle allongée pendant la position couchée, a employé dans plusieurs cas les ventouses sèches ou scarifiées à la nuque ; ou bien un vésicatoire de 6 centimètres sur 10 qu'on place le plus haut possible sur la nuque. Ce dernier moyen a été le plus souvent employé et il a été très rare qu'on ait dû recourir à une deuxième application. Un seul vésicatoire a suffi pour amener la guérison. (*Le Courrier médical.*)

50. — Subinvolution utérine. (WYMAN.)

Chlorure de sodium..............	32 gr.
Poudre d'écorce d'orme...........	96 gr.
Poudre de feuilles de jusquiame....	4 gr.

Mêler et piler dans un mortier jusqu'à dessiccation.

L'auteur prend ensuite un morceau de coton absorbant, arrondi, d'environ trois pouces de diamètre. La poudre est disposée à l'intérieur du coton qui la recouvre entièrement, de manière à avoir ainsi un tampon contenant dans son intérieur le principe actif. On l'applique au moyen d'un spéculum contre le col, et on le change, généralement, une fois par jour.

51. — L'antipyrine dans l'accouchement naturel. — M. Laget (de Marseille) a employé l'antipyrine dans un cas d'accouchement prématuré, à la période d'expulsion, et alors que les douleurs très pénibles qui accompagnaient les contractions rendaient celles-ci peu efficaces.

Deux doses successives d'antipyrine de deux grammes chacune ont amené rapidement une diminution rapide de la douleur, et comme

conséquence, une régularisation et un effet utile plus marqué des contractions utérines dont la puissance n'a été nullement diminuée. L'antipyrine a été employée en lavement.

M. Laget croit qu'on pourrait sans danger employer des doses plus rapprochées ou plus massives, mais que cela, évidemment, dépend des indications de chaque cas.

(*Revue de thérap. médico-chirurg.*)

52. — Poudre galactopoiétique. (BOUCHUT.)

Semences d'anis..........................	āā 20 gr.
— de fenouil..........................	
— de nigelle..........................	āā 10 gr.
Écorces d'oranges amères..................	
Trochisques de craie......................	āā 15 gr.
Id. d'yeux d'écrevisse....................	
Magnésie carbonatée.......................	

M. S. A.

Une cuillerée à café matin et soir dans un peu d'infusion de cumin.

***

53. — De l'eau chaude en obstétrique, par M. Henri LORAIN. — L'eau chaude à une température de 45 à 50° est un stimulant énergique de la fibre musculaire lisse. Elle a également une action sur les vaisseaux, se traduisant soit par une contraction immédiate et persistante du vaisseau, soit par une dilatation momentanée suivie de contraction.

Ces deux faits physiologiques rendent compte des effets thérapeutiques si évidents qu'exercent les injections chaudes de 45° à 50° sur la contraction utérine.

C'est par leur action stimulante sur la fibre utérine que ces injections constituent un moyen oxytocique si efficace et si utile pendant l'accouchement.

C'est la double action exercée par l'eau chaude sur la fibre et les vaisseaux qui rend compte de son efficacité comme agent d'hémostase.

Les injections chaudes doivent être préférées comme moyen d'hé-

mostase aux injections froides, car l'eau froide a une action moins énergique sur la fibre lisse et, de plus, la contraction vasculaire due au froid peut être suivie d'une réaction avec dilatation paralytique ; d'où il peut arriver que l'hémorrhagie, momentanément arrêtée, reparaisse plus intense. (*Thèse de Nancy* et *Revue de thérap. méd. chir.*).

54. — Sirop calmant contre la toux des enfants.
(*Bull. méd.*)

Sirop de coquelicot.............	30	grammes.
Elixir parégorique...............	30	gouttes.
Eau de laurier-cerise............	10	grammes.
Sirop de groseilles.............. — framboises.............	40	—

A prendre par cuillerées à café toutes les deux heures.

55. — Traitement des convulsions essentielles de l'enfance. (Dr Jules Simon). — I. *S'occuper de l'état des voies digestives, puisqu'elles sont toujours ou presque toujours en cause.* Recourir aux lavements purgatifs avec de l'huile, du miel, de la glycérine.

Exciter les vomissements par la titillation de l'arrière-gorge.

Souvent, ces moyens suffisent pour faire disparaître la cause immédiate des accidents convulsifs.

Si ces pratiques ne sont pas suffisantes, recourir à l'usage du lavement purgatif suivant :

Sulfate de soude..................	0 gr.	30
Follicules de sené..................	8 gr.	»
Eau..............................	200 gr.	»
Miel de mercuriale..................	30 gr.	»

2. *Si l'attaque continue, malgré l'emploi de la médication intestinale*, il faut alors chercher à *agir sur le système nerveux* par des inhalations d'éther ou de chloroforme, qu'on pourra, sans inconvénient, prolonger pendant toute la durée de l'attaque.

On pourra, après le lavement purgatif, administrer en deux fois le

lavement suivant, en employant pour cela l'ancienne seringue en métal :

Hydrate de chloral..........	0 gr. 50 à 1 gr. 50
Teinture de musc...........	XX gouttes
Eau.....................	40 grammes.

Le lavement sera administré en deux fois. Cette formule est applicable aux enfants de un à deux ans.

3. *Si la crise continue*, on recourra alors à l'emploi du bain sinapisé, dans lequel le médecin placera lui-même l'enfant, en prenant grand soin que la température de l'eau ne dépasse pas 38°.

Quand l'enfant avale, on administre la potion suivante, par cuillerée à café, de quart-d'heure en quart-d'heure :

Bromure de potassium............	1 gr. »
Musc.........................	0 gr. 10
Eau de laurier-cerise...............	15 gr. »
Sirop de codéine.................	5 gr. »
Sirop de fleur d'oranger..........	80 gr. »
Julep gommeux..................	100 gr. »

Cette potion sera continuée à intervalles plus ou moins longs, suivant l'intensité et la fréquence des attaques.

Enfin, si ces accidents convulsifs se prolongent au delà de quelques jours, quoique ces cas soient rares, on pourra appliquer un petit vésicatoire à la nuque, de 6 centimètres de long sur 3 de large. Le vésicatoire ne restera en place que durant trois heures, et sera pansé avec un cataplasme.

Si l'on voulait continuer l'effet vésicant pendant un certain temps, on recourrait alors à l'emploi de la pommade épispastique jaune, puis de la pommade épispastique verte.

Quand il s'agit d'attaques d'éclampsie d'origine urémique, il faut recourir, *en tout cas*, à l'emploi des émissions sanguines, sangsues au niveau de l'apophyse mastoïde, chez les enfants au-dessous de deux ans, ventouses scarifiées dans la région lombaire, chez les enfants d'un âge plus avancé.

Ces émissions sanguines peuvent être renouvelées, en même temps qu'on donne du bromure de potassium ou du chloral ; ce dernier médicament doit être préféré, car il agit bien plus efficacement sur l'excitabilité réflexe.

Puis, plus tard, ce sont les indications de la néphrite qui doivent

diriger le traitement : bains d'air chaud, flanelles pour éviter tout refroidissement, régime lacté, etc.

(*Semaine médicale.*)

56. — Bronchite diphthéritique. — Quatre fois par jour, une cuiller à café de saccharure de cubèbe. Pulvérisation autour du malade avec :

Teinture d'eucalyptus....................	25 gr.
Acide phénique pur......................	1 gr.

M. S. A.

Toutes les heures, une cuillerée à soupe de :

Infusion d'arnica........................	100 gr.
Eau de chaux méd......................	30 gr.
Sirop de baume tolu....................	35 gr.
Teinture de jusquiame.....	4 gr.

M. S. A.

Frictions excitantes à la peau avec la teinture de mélisse additionnée d'acétate d'ammoniaque. Régime tonique et stimulant : vin, café, lait, bouillon, punch.

57. — Bronchite capillaire infantile.

Poudre d'ipéca....................	0.50 centigr.
Sirop	50 grammes.

M. S. A.

par cuillers à café de 5 en 6 minutes, jusqu'à vomissement.

Frictionner le dos avec de l'ouate imbibée de 7 à 8 gouttes d'huile de croton. Large cataplasme chaud au-devant de la poitrine. D'heure en heure, une cuillerée à dessert d' :

Infusion de polygala....................	100 gr.
Sirop de capillaire......................	30 gr.
Eau chloroformée............	20 gr.
Oxyde blanc d'antimoine	1 gr.

M. S. A.

Tous les jours, lavement avec 100 gr. d'infusion de séné (à 5 gr.) et 10 gr. de glycérine bien pure.

Alimenter l'enfant avec du lait, du vin de Malaga, du grog léger.

58. — Traitement des convulsions de l'enfance. — Le traitement, pour être rationnel et efficace, doit répondre à la double indication thérapeutique tirée de la cause et de l'accès lui-même.

Rechercher la cause est chose importante ; d'elle dépendent et la médication et les moyens à employer.

Le mieux parfois est de ne rien faire d'actif comme traitement de l'accès ; mais il est des circonstances où il faut intervenir avec rapidité et énergie.

Dans les cas bénins, employer les sédatifs, les antispasmodiques usuels, les révulsifs légers ; dans les cas graves, recourir sans hésiter au chloral et aux inhalations de chloroforme.

Cette pratique est sans danger, pourvu qu'on agisse par doses successives ; il n'est pas d'ailleurs nécessaire, pour obtenir la détente musculaire, de pousser l'anesthésie jusqu'à ses dernières limites.

Faire usage d'une compresse fine imbibée de chloroforme et maintenue à petite distance du nez et de la bouche ; observer avec soin le pouls pendant l'opération.

L'effet de cette médication est rapide ; le désordre moteur s'apaise, le spasme cesse, et l'enfant s'endort dans un calme parfait.

Contre le spasme de la glotte, l'emploi du chloroforme paraît absolument indiqué.

59. — Influence de la suggestion sur la régularisation des fonctions menstruelles. — L'influence de la suggestion sur les fonctions menstruelles chez certaines personnes a été mise hors de doute par divers observateurs et en particulier par MM. Liébault et Auguste Voisin, qui ont relaté des faits dans lesquels les règles supprimées ont pu être restaurées à jour fixe par la suggestion. M. le Dr Bernheim rapporte un nouveau cas de ce genre dans la *Revue médicale de l'Est* : il a trait à une hystérique de 35 ans, qui, depuis deux ans, était réglée tous les quinze jours, souvent plus, et qui, à ce moment, présentait une altération profonde du caractère. Or cette malade, facile à mettre en somnambulisme, et qui avait des

règles abondantes durant 5 jours ou 6, tous les 11 à 15 jours, qui n'était jamais restée plus de 21 jours entre deux périodes, arriva, sous l'influence de la suggestion hypnotique, à les avoir successivement le 26^e, le 24^e, le 25^e, le 26^e, le 26^e, le 24^e, le 27^e, le 29^e, le 29^e et depuis, toujours, à deux jours près, le 28^e ou 29^e jour.

Dans les premières périodes, la menstruation n'arrivait pas exactement au jour suggéré ; elle avait de la tendance à y arriver, mais précédait de 1 ou 2 jours.

La première fois, à l'époque habituelle où ces règles se seraient montrées sans la suggestion, elle sentait les symptômes précurseurs : tiraillements dans le dos, sensation de barre de fer sur l'estomac, puis crampes utérines ; puis, vers le 26^e jour, elle sent des maux de cœur, des nausées, des vertiges ; ce sont les symptômes habituels de ses grossesses. La suggestion fait acte d'inhibition jusqu'au 26^e jour. De plus, les règles sont peu abondantes et ne durent que 3 jours, au lieu de 5 à 6.

Les époques suivantes arrivent sans symptôme précurseur et sans douleur ; l'organisme arrive, sous l'influence de la suggestion, à régulariser le molimen menstruel à 28 ou 29 jours.

60. — Engorgement laiteux (STOCQUART.) L'auteur conseille le sirop de *Rhamnus alaterne*, administré à la dose d'une cuillerée à café, matin, midi et soir, diluée chaque fois dans un verre d'eau.

Voici, d'après M. Prota-Giurleo, de Naples, le mode de préparation de ce sirop :

Feuilles fraîches de Rhamnus alaternus, récoltées en avril	100 gr.
Eau distillée	160 —
Glycérine à 28°	100 —
Sucre blanc raffiné	200 —
Alcool éthylique à 68° B	25 —

F. S. A.

***

61. — Péritonite chronique guérie complètement par la laparotomie et le drainage du péritoine par Beljaeff

(*Central bl.* et *Scalpel* du 27 oct. 1887.) — Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans, qui, à la suite d'une fausse couche, fut atteinte d'une affection de l'utérus, puis de péritonite chronique simple généralisée. Il se produisit une ascite considérable qui fut ponctionnée deux fois sans résultat, au point de vue de l'état de la malade et de la lésion du péritoine. On eut alors recours à la laparotomie. On trouva le péritoine viscéral et pariétal considérablement épaissi et vascularisé. Le liquide contenu dans le péritoine renfermait une petite proportion de fibrine et des globules rouges.

On pratique un lavage complet du péritoine avec une solution très faible de sublimé, et on établit un drainage du péritoine d'un côté par le vagin, de l'autre par la fossette de Douglas. Au bout de trois mois de ce drainage, il y eut guérison complète.

L'auteur déduit de ce fait qu'il y a lieu d'adopter l'opinion de Lawson Tait, à savoir que la cavité péritonéale est ouverte maintenant aux entreprises de la chirurgie, ni plus ni moins que la plèvre ou les cavités articulaires.

***

62. — Emménagogue. (Pons.)

R. Poudre d'indigo		30 grammes.
— d'armoise		15 —
— de gingembre	aa	4 —
— de valériane		
— de thériaque		

Délayez dans du sirop d'œillet rouge et mêlez : à miel Q. S.
A prendre par cuillerées à café de deux à quatre par jour.

63. — L'anesthésie obstétricale par les inhalations de chloroforme et d'oxygène. — L'emploi de l'anesthésie pendant le travail d'accouchement est loin d'être usuel dans la pratique obstétricale française. Dans cette voie, on ne saurait le nier, nos compatriotes se laissent un peu trop devancer par les accoucheurs américains et anglais.

Un des grands obstacles à la vulgarisation de cette pratique, en dehors de toute considération clinique, est l'absence de procédés suffisamment simples ou bien exempts d'inconvénients. Neudorfer a ima-

giné une méthode dont on a souvent fait connaître les avantages. Cependant elle ne donne pas une satisfaction complète à M. Kreutzmann. Dans un mémoire inséré dans le n° 45, du *Centralblat fur Gynaek*, de 1887, il propose de pratiquer des inhalations anesthésiques au moyen d'un appareil à chloroforme de Junker, traversé par un courant d'oxygène qu'une soufflerie y projette.

La narcose, ainsi obtenue, serait rapide ; les yeux restant ouverts, les réflexes étant conservés, malgré l'abolition de la douleur opératoire. Puis, autre avantage d'après l'auteur, le réveil se produit rapidement et ne s'accompagne pas des malaises presque inséparables de l'emploi des autres anesthésiques.

M. Kreutzmann a aussi mis à l'essai les inhalations de protoxyde d'azote par la méthode imitée d'ailleurs, ce me semble, des procédés recommandés par d'autres accoucheurs. Elle consiste en inhalations pratiquées seulement durant les contractions utérines et suspendues pendant les périodes de repos.

Quels qu'en soient les avantages, il estime que cette méthode est inférieure à celle des inhalations combinées d'oxygène et de chloroforme. Bien plus, il ajoute que ces dernières sont seules indiquées quand il s'agit d'opérer la version ou de provoquer le relâchement de l'utérus. Ajoutons enfin que le liquide anesthésique qu'il recommande est imité de la formule de Billroth et contient une partie d'éther pour trois de chloroforme.

64. — De la conduite à tenir pendant la demi-heure qui suit la sortie du fœtus. — M. Pinard suppose l'accoucheur placé dans les conditions suivantes : le fœtus est expulsé depuis une demi-heure, il n'y a pas d'hémorrhagie et le placenta est encore dans la cavité utérine; que doit-on faire ? (*Gaz. des hôp.*, nov. 1887). Cette rétention du placenta peut tenir à deux causes : 1° l'inertie utérine, 2° des adhérences anormales de l'arrière-faix.

L'inertie utérine, que l'on observe quelquefois chez des femmes épuisées par des maladies antérieures, est plus commune à la suite des mauvaises présentations de l'enfant et des rétrécissements du bassin : dans ces cas, la matrice a dû fournir un travail long et exagéré, et elle ne possède plus la force suffisante pour expulser le délivre.

Le premier devoir du médecin est de se rendre compte de l'état de l'utérus : cette exploration est facile à l'aide de la main appliquée sur

la paroi abdominale : ou bien l'utérus est volumineux, mal délimité ; ou bien il est rétracté, consistant; c'est ce que l'on appelle le globe de sûreté. La rétention a lieu dans le premier cas par inertie, dans le second par rétraction prématurée de la matrice.

Pour vaincre l'inertie de l'organe, et provoquer ses contractions, M. Pinard conseille les irrigations intra-utérines d'eau très chaude à la température de 45 à 48 degrés ; elles doivent être faites avec un liquide aseptique et avec abondance (3 à 6 litres).

Après l'application de ce procédé, il a toujours vu l'utérus se rétracter, le placenta se décoller et la délivrance se faire. Quant au seigle ergoté, on doit bien se garder de l'employer.

M. Pinard étudie ensuite la rétention du placenta soit par rétraction totale de l'utérus dont le maximum est à l'orifice interne du col, soit par rétraction partielle de l'organe qui détermine alors l'enchâtonnement de tout ou partie du placenta. Cet emprisonnement sera diagnostiqué par la main appliquée sur la paroi abdominale ; lorsque la rétraction est totale, on sentira l'utérus avec sa forme normale, et, lorsqu'elle est incomplète, un organe apparaîtra dur, ligneux, mais de forme irrégulière. Les auteurs sont partagés sur la conduite à tenir en pareil cas. M. Pinard est partisan de l'intervention directe.

65. — **Suppression artificielle de la menstruation dans la chlorose.** — LOEWENTHAL, de Lausanne, relate l'observation de 23 cas dans lesquels la suppression artificielle des règles a été une mesure thérapeutique avantageuse.

La méthode employée consiste en injections d'eau chaude d'au moins 49° de température avec un séjour complet au lit. Dans des cas très rares, l'eau glacée a pu être employée préférablement à l'eau chaude.

Dans 18 des cas décrits, il s'agissait de chloroses ; les cinq autres comprenaient deux faits d'hystérie grave et trois convalescences de maladies d'épuisement. Dans ces derniers, la convalescence fut abrégée. Une des hystériques en retira un avantage marqué et tous les chlorotiques furent guéries avec une surprenante rapidité et sans médication ultérieure au bout de 3 à 5 suppressions menstruelles. On n'a pas noté de conséquences graves. (*Wiener Med. Presse.*)

⁂

66. — Injections intra-utérines d'eau chaude au sublimé avant la délivrance. — Certains accoucheurs, dit la *Gazette médicale de Paris,* et entre autres M. Vincent (de Lyon), tendent à supprimer la délivrance artificielle et à provoquer les contractions utérines, par suite l'expulsion du placenta, par des injections vaginales ou intra-utérines d'eau chaude au sublimé. MM. Berne et Bouchacourt, dans la discussion qui a suivi la communication de M. Vincent à la Société nationale de médecine de Lyon, approuvent la règle de conduite de leur confrère, sur laquelle MM. Poullet et Diday font quelques réserves. M. Vincent, forçant un peu la note, a interdit formellement la délivrance artificielle dans son service de la Charité. Celle-ci ne doit être pratiquée que lorsqu'il y a un danger imminent, comme une hémorrhagie grave, cas rare, pour lequel M. Vincent n'a eu à intervenir que trois fois. Or, depuis quatre ans, il a noté dans son service 2 ou 3 cas de fièvre et pas un décès.

Les injections sont faites avec une sonde en verre qu'il est facile d'entretenir aseptique ; elles sont renouvelées toutes les trois ou quatre heures ; elles sont dirigées, suivant les cas, sur le col ou dans la cavité utérine ; la température de l'eau est de 45 à 50°.

Si la délivrance tarde à se faire, et qu'il n'y ait pas d'hémorrhagie abondante, on ne doit pas se préoccuper. Le placenta peut séjourner de quelques heures à plusieurs jours sans qu'il y ait infection, grâce à l'antisepsie. Il faut avoir soin, pour empêcher l'entrée de l'air dans les sinus utérins, de n'introduire la sonde qu'après avoir chassé complètement l'air qu'elle contient. On doit aussi, il va sans dire, assurer et rendre facile l'écoulement en retour du liquide d'injection.

67. — L'irrigation d'eau très chaude contre les épistaxis graves. — M. le Dr Alvin, médecin au Mont-Dore, publie une observation d'épistaxis persistant depuis 48 heures et ayant résisté aux moyens généralement employés : pédiluve, glace, perchlorure de fer, seigle ergoté et même à un tamponnement complet. L'écoulement se faisait par la narine droite, et pendant que le tampon était en place, le sang s'ouvrait un passage par le joint lacrymal.

A l'aide d'un irrigateur anglais, M. Alvin pratique une irrigation nasale avec de l'eau à la température de 65° à 70°. Au bout de 2 à 3 minutes, l'eau de retour n'est plus teintée de sang, l'écoulement sanguin est arrêté. L'irrigation a été peu ou pas douloureuse, malgré

l'élévation de la température, et la peau des lèvres, protégée par une forte moustache, n'a pas été brûlée par l'eau.

Dans la soirée, on a renouvelé l'irrigation deux fois. Tout était rentré dans l'ordre le lendemain.

En présence d'un pareil succès, on peut bien conclure, avec l'auteur, que l'irrigation d'eau très chaude est un moyen très puissant à employer dans les cas d'épistaxis, et surtout d'épistaxis graves. (*La Loire médicale*, 15 août 1887.)

Ce même moyen par injections d'eau à 45 ou 50 degrés est journellement employé avec succès contre les hémorrhagies utérines et anales.

***

68. — Collutoire contre la stomatite ulcéreuse des jeunes enfants (Comby.)

Miel rosat......................	10	grammes.
Glycérine......................	10	—
Chlorate de potasse ou borax......	2	—

Toucher les parties malades cinq à six fois par jour avec un pinceau trempé dans ce mélange.

FORMULAIRE

Traitement de la congestion pharyngée d'origine utérine (J. Chéron).

On observe fréquemment des cas d'endométrite cervicale en évolution qui, à chaque formation nouvelle de valvules de la cavité du col et à chaque poussée d'ectropion qui en est la conséquence, déterminent des congestions intenses du pharynx avec turgescence papillo-glandulaire, s'accompagnant de sensations de constriction et de chaleur à la gorge, de gêne dans la déglutition, et d'une petite toux sèche dure et incessante. Souvent ces troubles pharyngés s'accentuent pendant les époques menstruelles. Les malades chez lesquelles j'ai noté ces phénomènes étaient, pour la plupart, des arthritiques ou des herpétiques.

En présence d'un cas de ce genre, les indications que l'on doit remplir pour arriver rapidement à la guérison peuvent être groupées de la façon suivante :

1° Traiter l'endométrite cervicale, point de départ du trouble réflexe.

2° Modifier, autant que possible, l'état diathésique par les moyens hygiéniques et médicamenteux appropriés.

3° S'adresser directement à la congestion du pharynx, puisque la lésion utérine d'une part et l'état général d'autre part demandent un traitement prolongé.

Le traitement de la complication dont nous parlons n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire ; la plupart des médicaments habituellement employés dans les pharyngites franches étant plus nuisibles qu'utiles dans le cas qui nous occupe : les astringents, en particulier, ne font qu'augmenter les troubles congestifs, après une courte période d'amélioration ; l'usage de la cocaïne elle-même, qui calme momentanément la toux et la sensation de la constriction, est bientôt suivi d'une congestion paralytique des vaisseaux du pharynx. Les gargarismes d'eau chaude contenant de la résorcine et de la glycérine, deux substances qui sont de si remarquables décongestifs locaux, n'ont pas cet inconvénient et sont par suite les plus recommandables. Il est bon, en outre, de donner un calmant de la toux, calmant qui sera, par exemple, la belladone *à doses fractionnées* pour ne pas dépasser l'effet utile, et enfin d'activer les fonctions de la peau, moyen adjuvant qu'il ne faut jamais négliger dans toutes les congestions viscérales.

On se trouve ainsi amené à formuler l'ordonnance suivante :

1° Se gargariser, trois à quatre fois par jour, avec un mélange de parties égales d'eau chaude et de la solution suivante :

Résorcine pure....	4 grammes
Glycérine neutre...	15 grammes
Eau distillée......	250 grammes

2° Prendre de quatre à huit cuillerées à café par jour (*une à une*), de la solution suivante :

Teinture de belladone	1 gramme
Eau distillée.........	150 grammes

3° Activer les fonctions de la peau au moyen de frictions sèches, matin et soir (sur tout le corps, excepté au niveau de l'abdomen) et à l'aide de bains stimulants qu'on prendra deux fois par semaine.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. NÉCESSITÉ DES SOINS CONSÉCUTIFS APRÈS LE RACLAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE.

II. LES PELVI-PÉRITONITES ET LES CELLULITES PELVIENNES SONT-ELLES TOUJOURS PRÉCÉDÉES DE SALPINGITE?

I. — Le raclage de la cavité utérine, l'un des plus beaux titres de gloire de Récamier et de l'école gynécologique française, est une opération d'une utilité si incontestable, d'une indication tellement journalière que l'on ne saurait se lasser de mettre en lumière les points de son histoire qui semblent s'obscurcir. Après les excellentes leçons de mon maître, le Dr Chéron (1), reproduites dans ce journal, sur les usages thérapeutiques de la curette en gynécologie, je ne croyais pas devoir revenir de sitôt sur cette question, lorsque furent publiés, en peu de temps, quatre cas de mort à la suite de l'intervention dont nous parlons.

A quoi tenaient ces désastres ? à ce que le manuel opératoire suivi était défectueux; aussi je crus bon d'insister de nouveau sur les contre-indications du raclage et sur la façon dont on doit le pratiquer, sans abaissement de l'utérus à la vulve, sans violence,

(1) Jules Chéron. Des usages thérapeutiques de la curette en gynécologie, *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, octobre et novembre 1886.

avec des instruments appropriés... en un mot, je décrivais le manuel opératoire que j'avais vu mettre en œuvre par M. Chéron, et que j'avais suivi moi-même, dans son service, un grand nombre de fois, sans jamais avoir d'accidents (1).

Aujourd'hui je voudrais parler des résultats de l'opération de Récamier dans les endométrites chroniques ; à lire les observations données par M. Despréaux (2) dans sa thèse intéressante à plusieurs points de vue, on peut se demander si ces résultats sont bien durables ; un certain nombre de malades sont sorties de l'hôpital 15 jours, un mois, un mois et demi après l'opération et n'ont pas été revues ; on ne peut donc pas discuter leurs observations qui ne prouvent que l'innocuité de l'opération d'une part et d'autre part l'arrêt immédiat des hémorrhagies qui ont nécessité l'intervention. L'observation XV, due à M. Pozzi, nous intéresse davantage. Il s'agit d'une personne de 30 ans, multipare, raclée, en décembre 1886, par le Dr Boris (de Montauban) pour des pertes blanches très abondantes, qui avaient entraîné des troubles gastriques graves ; ce curettage, non suivi d'injection, n'amena qu'une amélioration de courte durée, et on fut bientôt obligé de recourir au gavage pour nourrir la malade.

Le 2 août 1887, nouveau curettage pratiqué par M. Pozzi et suivi d'une injection au perchlorure de fer ; on put cesser le gavage, l'appétit étant revenu dès le lendemain, sans vomissements. Dix jours après, la malade avait ses règles et quittait Paris sans autre traitement à suivre que l'application d'un pessaire et d'une ceinture à antéversion ; en février 1888, il était survenu, depuis quelque temps, une rechute attribuée à des fatigues exagérées.

Voilà donc deux raclages pratiqués à de courts intervalles et suivis tous deux de récidive, après une amélioration manifeste, mais de très courte durée.

Ce fait est très instructif, car il prouve que l'injection au perchlorure de fer, comme du reste l'injection à l'acide phénique préconisée par d'autres auteurs, celle au chlorure de zinc

(1) A propos de quatre cas de mort à la suite du raclage de la cavité utérine, *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, mars 1887.

(2) Du curettage de l'utérus, indications et technique, thèse de Paris, 1888.

etc., lorsqu'on ne la renouvelle pas et lorsqu'on ne donne aucun autre soin consécutif, n'empêche pas la récidive de se produire. J'ai pu observer un fait du même genre, à Saint-Lazare ; après un raclage très complet, suivi d'une injection avec la solution normale du perchlorure de fer, la malade, très indocile, refusa de se soumettre aux lavages intra-utérins et aux applications de topiques modificateurs qu'on a l'usage de faire, deux fois par semaine, pour les cas de ce genre, dans le service de M. Chéron ; je n'insiste pas trop, dans l'intérêt de l'étude. Deux mois après, une curette, introduite dans la cavité utérine, ramenait des petites fongosités et les ménorrhagies commençaient à se reproduire.

Il est donc bien établi, pour moi, que tout n'est pas fini lorsqu'on a abrasé la cavité utérine et fait une première injection antiseptique ou caustique. Une muqueuse nouvelle va se former à la place de celle qu'on a enlevée ; pour qu'elle soit normale, il faut qu'elle se développe dans un milieu aseptique, d'où la nécessité des injections vaginales répétées, des lavages intra-utérins avec un liquide antiseptique, et des fréquentes dilatations du canal cervical destinées à empêcher toute rétention des sécrétions de la cavité utérine. Cela ne suffit pas encore, car, ainsi que l'ont remarqué Ruge et Veit, la muqueuse nouvelle a une tendance manifeste à l'hyperplasie ; il faut donc réprimer cette exubérance de formation par les injections de cathérétiques tels que la teinture d'iode, le perchlorure de fer et surtout les applications de résorcine concentrée, dont M. Chéron fait souvent un éloge mérité. Est-ce tout ? Je ne serais pas surpris, pour ma part, que la congestion du parenchyme utérin joue un grand rôle dans l'hypergénèse des glandes de la muqueuse ; aussi je crois qu'il est nécessaire d'associer aux moyens dont je viens de parler les pansements glycérinés et, quand l'indication est précise, la scarification du col.

Ce n'est qu'au prix de ces soins continus, donnés pendant plusieurs mois, qu'on peut obtenir des résultats définitifs par le raclage de la cavité utérine. Celui-là doit renoncer à la gynécologie, qui n'a pas la patience suffisante pour employer les petits

moyens avec persévérance ou qui dédaigne de s'en servir, car tout le succès est là.

II. Dans une thèse très bien faite et dont je ne puis que conseiller la lecture, M. Montprofit (1) nie, d'une façon catégorique, l'existence des pelvi-péritonites et des cellulites pelviennes primitives, c'est-à-dire (*pour lui*), non précédées de salpingite. Les arguments qu'il donne, tirés de la pathologie générale et de la discussion des autopsies sont sérieux, et je dois reconnaître immédiatement qu'il a mis en relief, mieux que tout autre, l'importance de la voie muqueuse vagino-utéro-tubaire dans la propagation et l'extension des lésions génito-pelviennes. Néanmoins je ne saurais, jusqu'à plus ample informé, accepter complètement les idées de l'auteur.

Tout d'abord, la richesse en lacunes, vaisseaux et ganglions lymphatiques de la matrice et des tissus péri-utérins, bien mise en relief par Sappey, par Fiouppe, par Lucas-Championnière et par Gehrardt Léopold permet difficilement une comparaison rigoureuse entre les inflammations des voies génitales de la femme et celles des voies lacrymales par exemple.

Sur le terrain des faits bien observés, il est impossible de croire que toutes les autopsies ont été mal faites et cependant il en existe où des lésions péri-utérines ont été constatées sans lésions tubaires.

On connaît la fréquence des cellulites pelviennes à la suite de déchirures du col, de cautérisation au nitrate d'argent, et même d'opérations ignées (pourtant forcément antiseptiques), cellulites qui disparaissent le plus souvent sans qu'il soit possible de trouver de salpingite après la guérison.

Les cas d'endocervicite avec périmétrite ou paramétrite ne sont pas rares, alors même que la muqueuse du corps de la matrice est absolument normale. Comment peut-on supposer qu'il y a eu infection de la cavité utérine et des trompes sans qu'on puisse trouver trace de cette infection ? N'est-il pas plus rationnel,

(1) Montprofit, Salpingites et ovarites, th. de Paris, 1888.

dans ces conditions, d'admettre que l'infection a suivi la voie des lymphatiques ?

Bien plus, dans quelques cas, on trouve un phlegmon du ligament large bien net, accompagné d'une pelvi-péritonite remontant plus ou moins haut dans les flancs, et, cependant, il y a un espace libre, non douloureux, non tuméfié, situé précisément où l'on devrait trouver la tumeur tubo-ovarienne, s'il y avait tubo-ovarite! Dernièrement j'ai encore vu un cas de ce genre avec mon maître, M. Chéron.

Une autre objection : les pelvi-péritonites et cellulites pelviennes sont très fréquentes ; comment se fait-il qu'on n'ait pas publié un plus grand nombre d'observations de salpingites ?

Il est difficile d'admettre que les salpingites puissent guérir complètement, au point d'être méconnues par des gynécologistes exercés à l'examen bimanuel, à la suite d'injections vaginales chaudes et d'injections hypodermiques de sels neutres. Or, dans les pelvi-péritonites que j'ai pu suivre un certain temps, j'ai pu constater l'intégrité des tissus péri-utérins après un semblable traitement.

Ces salpingites seraient donc susceptibles de guérir spontanément, si l'on croit que toutes les malades atteintes de déviation utérine, à la suite de paramétrites anciennes, et qui n'ont pas été soignées, ont dû forcément avoir une paramétrite consécutive à une salpingite !

En résumé, les pelvi-péritonites et cellulites pelviennes ne sont jamais primitives, cela est vrai ; mais elles succèdent soit à une lymphangite, soit à une salpingite et des deux voies ouvertes à l'infection, la voie muqueuse et la voie lymphatique, je crois que la dernière est au moins aussi souvent suivie que l'autre.

J. B.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr Chéron.

De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

HUITIÈME LEÇON (*suite*) (1).

LES VALVULES CERVICALES, LES DÉCHIRURES DU COL ET LES ECTROPIONS

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service.

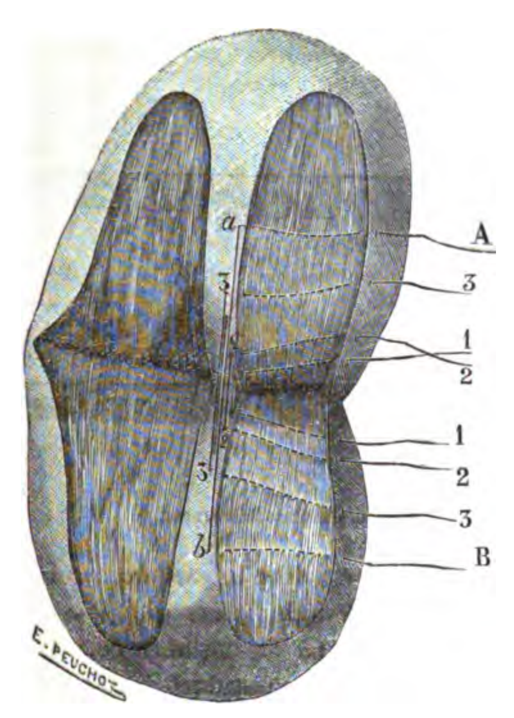
L'hémostasie assurée, vous procédez à l'abaissement de l'utérus, si vous ne l'avez fait déjà pour la ligature temporaire des artères utérines. Cet abaissement est indispensable pour faire un avivement correct et pour placer les sutures ; c'est pourquoi l'opération ne doit jamais être tentée lorsqu'il existe de la pelvi-péritonite, de la cellulite pelvienne ou une tubo-ovarite, car on s'exposerait à provoquer, par cette manœuvre, les désastres les plus redoutables : des cas de mort ont été signalés par Emmet, par Hunter et par Mundé ; il ne s'agit donc pas, Messieurs, de craintes puériles et de précautions inutiles.

Pour abaisser l'utérus, vous placerez, en vous aidant du spéculum ou du toucher simplement, une pince à griffes sur la lèvre antérieure du col et vous la fixerez solidement, puis vous ferez des tractions soutenues et progressives, de façon à amener peu à peu l'utérus à la vulve ; si vous rencontrez des résistances inattendues, n'insistez pas et contentez-vous d'un abaissement à trois ou quatre centimètres de l'orifice vaginal, ou bien remettez l'opération à une époque plus éloignée.

Lorsque l'utérus est suffisamment abaissé, vous devez reconnaître une dernière fois quelle étendue doit avoir votre avivement ; celui-ci étant destiné à refaire un nouveau canal cervical, vous rapprocherez, avec des ténaculums, les deux lèvres du col l'une de l'autre, jusqu'à ce que les deux ectropions se soient dérobés à vos yeux.

(1) Voir le sommaire du n° précédent.

La figure suivante, que j'emprunte à Emmet, vous montre la forme et l'étendue de la surface d'avivement, dans le cas de déchirure bilatérale.

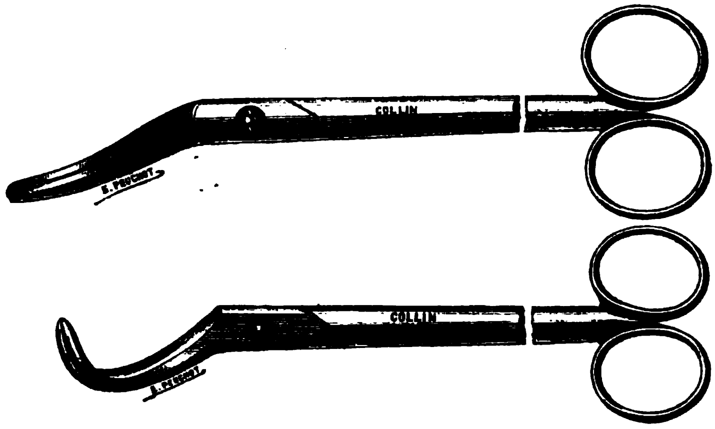


Étendue de la surface d'avivement et trajet des sutures (Emmet); les sutures sont placées dans l'ordre 1, 2, 3 ; A à B est le trajet de la suture 4.

Vous voyez que l'avivement respecte une bande médiane, sur chacune des deux lèvres, bande qui représentera le canal cervical et qui est élargie près de la surface libre des lèvres du col, de façon à éviter une sténose artificielle du nouvel orifice externe. Dans les déchirures uni-latérales, l'avivement se fait en suivant les mêmes principes, cela se comprend facilement ; quant aux déchirures étoilées, irrégulières, il faut s'inspirer du cas que l'on doit opérer ; aucune règle précise ne peut être donnée à leur égard.

Il y a tout avantage à faire l'avivement avec les ciseaux, car, ainsi que l'a démontré Emmet, on fait avec eux un avivement

plus rapide et surtout la perte de sang est bien moindre, et, par suite, on voit mieux ce qu'on fait ; on doit avoir à sa disposition deux ciseaux à courbure légère (l'un droit et l'autre gauche) et deux à forte courbure, également droit et gauche. Je vous montre ici les modèles de ces ciseaux.

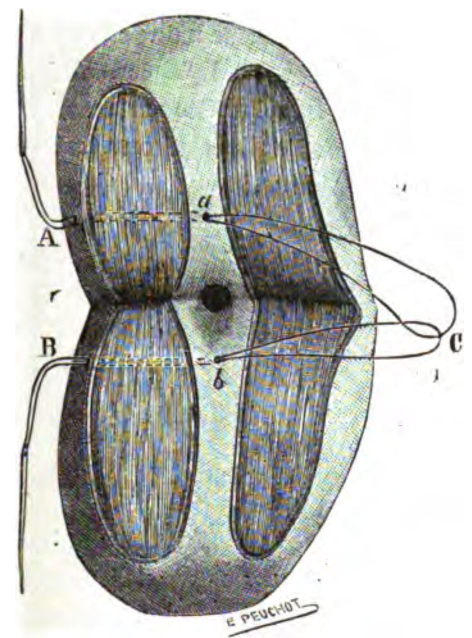


Ciseaux à avivement.

Ce n'est guère que pour aviver la partie externe de chaque déchirure, à la jonction du vagin, alors que l'on craint d'ouvrir l'artère utérine, que l'emploi du bistouri doit être substitué à celui des ciseaux ; il en est surtout ainsi dans les déchirures unilatérales dont l'angle est difficile à atteindre. Cet angle est souvent comblé par du tissu cicatriciel très épais recouvert de follicules muqueux ; si on ne le détruit pas complètement, l'opération ne donnera aucun bon résultat. L'avivement ne doit être considéré comme bien fait que si les deux lèvres du col viennent facilement au contact l'une de l'autre dans toute leur longueur (car alors le tissu cicatriciel aura été complètement enlevé), et si les surfaces avivées se superposent bien exactement, car alors l'avivement aura été bien symétrique. La faute la plus commune consiste à aviver une bandelette longitudinale trop étroite ; il en résulte que la surface sécrétante reste, à peu de chose près, aussi étendue qu'avant l'opération dont le bénéfice est par suite illusoire.

Nous voici arrivés au 4e temps, c'est-à-dire au placement des sutures. On se sert pour cela d'aiguilles courtes et rondes, les ai-

guilles courtes étant plus faciles à manier et les aiguilles rondes présentant l'avantage de faire un très petit orifice que le fil d'argent vient combler sans peine, d'où absence d'hémorrhagie. On peut également se servir du chasse-fil, mais alors il peut y avoir un suintement sanguin au niveau de chaque suture. Les sutures (au fil d'argent) sont passées comme l'indique la figure d'Emmet, en commençant par la partie la plus élevée de la plaie ; on ne tord chacun des fils qu'après avoir placé celui qui doit être placé au-dessous, car on est quelquefois obligé de recourir à un artifice que l'inventeur de la trachélorrhaphie expose de la façon suivante : c'est surtout pour le point supérieur que cette manœuvre est utile à employer.



Passage du fil supérieur (d'après Emmet).

« On prendra deux aiguilles armées d'une anse de soie, on passera la première du canal cervical en b à la surface externe en B, puis, après avoir introduit l'anse de la seconde aiguille dans celle de la première, on passera cette aiguille de a en A. Il suffit alors de tirer l'aiguille A, elle entraînera l'anse de l'aiguille B par le trajet de a en A. Cette anse une fois sortie, on y fixera le

fil d'argent, après avoir enlevé l'aiguille A, et on tirera sur l'aiguille B. Lorsque l'anse sera complètement sortie, le fil d'argent se trouvera en place. »

Exceptionnellement on est obligé de se servir de l'aiguille à manche d'Ely van de Warker (de Syracuse), pour parvenir à introduire les sutures profondes ; je ne puis entrer dans ces détails et je vous renvoie au livre d'Emmet pour la description et l'emploi de cet instrument que je n'ai pu trouver à Paris et que j'aurais voulu vous montrer. Les fils tordus, vous les couperez au ras ou bien vous laisserez des bouts plus ou moins longs que vous réunirez au niveau de l'orifice vaginal, par une petite bandelette de diachylon ; cela est sans importance.

Vous laisserez les sutures une semaine environ, et vous les enlèverez dans l'ordre où elles ont été placées, c'est-à-dire de haut en bas, de la profondeur vers l'orifice externe, en vous servant d'un crochet fin pour saisir l'anse et découvrir le nœud souvent caché et enfoncé dans les tissus.

Les résultats de l'opération d'Emmet sont bons, à la condition que l'opération ait été précédée d'un traitement préparatoire suffisamment prolongé et qu'elle ait été faite d'une façon convenable en suivant exactement les règles données par l'auteur ; chemin faisant, je vous ai indiqué les fautes qu'il fallait éviter ; je n'ai pas à y revenir et je passe immédiatement au procédé de Schrœder.

L'excision de la muqueuse cervicale et la substitution à cette muqueuse de la muqueuse qui recouvre les lèvres du col constitue l'opération de Schrœder ; elle est plus radicale que la trachélorrhaphie, puisqu'elle enlève tous les tissus altérés ; elle ne peut pas, enfin, être suivie de récidive du catarrhe cervical, puisqu'elle remplace une muqueuse altérée par une muqueuse saine et totalement dépourvue de glandes. En deux mots, cette opération consiste à enlever toute la muqueuse du canal cervical, y compris la partie de cette muqueuse qui fait ectropion, à retourner le lambeau cutané en dedans et à suturer les lèvres du col de façon

à reconstituer un nouveau canal cervical tapissé par la muqueuse des lèvres du museau de tanche.

Les instruments nécessaires pour pratiquer l'opération de Schrœder sont : des ciseaux à discission du col, deux pinces à griffes, un bistouri à avivement, des aiguilles à suture, du fil d'argent, etc., et un appareil à irrigations vaginales.

Pour l'anesthésie et l'hémostase provisoire, je n'ai qu'à vous prier de vous reporter aux premiers temps de l'opération d'Emmet.

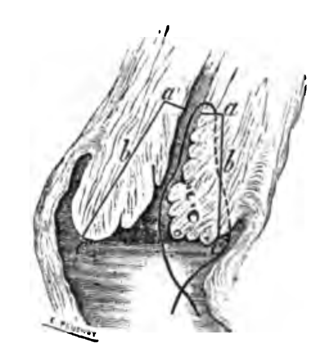
La malade est placée dans la position de la taille ; deux aides tiennent les membres inférieurs fléchis ; l'un d'eux peut passer en même temps les instruments, tandis que l'autre dirige continuellement sur le col un jet d'eau chaude antiseptique ; un troisième aide maintient l'utérus abaissé.

Le premier temps consiste dans l'abaissement de l'utérus ; je vous disais tout à l'heure comment il faut procéder pour pratiquer cet abaissement.

Le second temps, c'est-à-dire la section bilatérale du col se fait avec de forts ciseaux à discission, ceux de Kuchenmeister, par exemple, que je vous fais passer en ce moment ; que les déchirures soient superficielles ou profondes, la section du col doit porter aussi haut que possible et remonter jusqu'aux insertions du vagin, de telle façon qu'on puisse ensuite écarter les deux faces du canal cervical jusqu'à rendre visible l'orifice interne.

Vous pouvez alors exciser la muqueuse de l'une des lèvres ; pour cela, aussi près que possible de l'orifice interne vous faites, avec le bistouri, une incision transversale (*a* dans la figure de Schrœder que j'ai reproduite ici), pénétrant jusque dans le parenchyme du col. Puis on plonge le bistouri dans le sommet *c* du museau de tanche, au delà de l'ectropion, et on le dirige vers la première incision de façon à enlever, par des incisions latérales, à la fois la muqueuse altérée et une partie du tissu musculaire sous-jacent dans lequel les glandes hypertrophiées ont peut-être pénétré. La lèvre sur laquelle vous avez opéré ne représente plus alors qu'un lambeau allongé, privé de muqueuse à sa face interne.

Incisions à pratiquer pour exciser la muqueuse du canal cervical (d'après Schrœder)



Retournement des lambeaux cutanés et placement des fils (d'après Schrœder.)

Le 4e temps consiste à retourner, en dedans, ce lambeau en mettant exactement son sommet en rapport avec la première incision transversale ; pour cela, vous passez un fil au milieu de cette incision, puis au milieu de l'incision verticale ; enfin, vous le faites sortir sur la surface libre du col ; en serrant le nœud, la coaptation doit être parfaite.

La même manœuvre est ensuite pratiquée sur la lèvre opposée ; il ne reste plus qu'à réunir, par quelques points de suture, les deux lèvres du col ensemble sur leurs parties latérales, au voisinage des insertions du vagin, et vous avez refait un canal cervical tapissé, sur toute son étendue, par la muqueuse vaginale saine et dépourvue de glandes.

Les sutures seront enlevées au bout d'une huitaine de jours, lorsqu'on aura lieu de croire que l'adhésion des lambeaux est parfaite.

D'après Schrœder, cette opération conduit en deux à trois semaines à la guérison complète et radicale de l'endométrite cervicale et des déchirures du col ; il a eu 2 morts sur 350 opérées, ce qui était peut-être dû à des lésions péri-utérines méconnues et qui contre-indiquaient l'abaissement de la matrice à la vulve ; dans un certain nombre de cas, il y a eu exacerbation de périmétrites anciennes qu'on est arrivé à calmer sans trop de difficultés. L'excision du canal cervical est donc une opération très recommandable et sans contredit supérieure à la trachélorrhaphie, mais

elle est aussi d'une exécution plus difficile que cette dernière, surtout lorsque le col est peu hypertrophié, car alors il faut une certaine habileté pour effectuer un retournement correct des lambeaux. Dans les cas, assez fréquents, où le museau de tanche est court, faisant une faible saillie dans le vagin, je considère l'opération de Schrœder comme contre-indiquée, au moins pour le gynécologiste qui n'a pas fait son éducation spéciale par un grand nombre d'excisions pratiquées dans de meilleures conditions.

Pour en finir avec le traitement des déchirures du col qui nous a retenus déjà si longtemps, voici, en résumé, les préceptes que vous devez retenir.

Si la déchirure n'a pas de symptômes propres (déchirure simple n'éveillant aucun réflexe grave), il n'y a pas à s'en préoccuper : la trachélorrhaphie et l'opération de Schrœder dont je viens de vous parler ne rendent des services que parce qu'elles s'adressent en même temps aux lésions de la muqueuse du canal cervical ; or, si ces dernières ne sont pas invétérées, vous connaissez des moyens plus faciles à mettre en œuvre et présentant une innocuité plus grande ; vous devez donc leur donner la préférence. Si les glandes du canal cervical sont à la fois très hyperplasiées et très hypertrophiées et donnent lieu à un catarrhe rebelle, l'opération de Schrœder, quand elle est possible, est celle à laquelle il convient de recourir, comme étant la plus efficace ; la trachélorrhaphie, précédée des soins continus qui suffisent dans les cas légers, peut également donner de bons résultats. Plus simplement, vous pourrez aussi bien réussir par les scarifications ignées longitudinales dont je vous ai exposé le manuel opératoire dans une précédente leçon.

Si la déchirure du col est douloureuse et donne lieu à des réflexes importants et si en même temps elle ne s'accompagne ni d'ectropion marqué, ni d'endocervicite grave, l'excision du point cicatriciel par le feu et le traitement palliatif des lésions concomitantes permettent d'obtenir la guérison sans difficulté, comme chez l'hémoptysique dont je vous ai rappelé l'histoire. La lacéra-

tion du col, douloureuse ou non, a-t-elle entraîné comme conséquence un ectropion volumineux sur l'une ou sur l'autre des lèvres du museau de tanche ? l'excision de l'ectropion s'impose... Mais, avant de discuter ce dernier point, je dois vous décrire les ectropions du canal cervical, ce qui fera l'objet de notre prochaine leçon.

(A suivre.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE

Par Paul-David Coquard.

Ex-interne des Hôpitaux de Lille, Lauréat de la Faculté de Lille, Aide d'anatomie pathologique à la même Facult.

—

Historique. — Le tableau, tant clinique qu'anatomique, de la dysménorrhée membraneuse n'a pas été créé de toutes pièces, et longtemps avant que la maladie ne fût nettement définie, il en existait déjà une esquisse dans la science.

Au milieu du siècle dernier, en effet, Morgagni, sans se prononcer sur la nature de l'affection, nous donne, dans sa 48e lettre, une description si nette des symptômes qu'on ne peut hésiter à reconnaître dans son observation un cas de dysménorrhée membraneuse.

Après lui, Denman l'assimilait à la décidue ; Collomb, quelques années plus tard, relatait trois cas d'affections utérines dont l'un pourrait, à la rigueur, être de la dysménorrhée membraneuse ; signalons encore, vers cette époque, une observation de Boivin et Dugès qui a trait à une « tumeur polypiforme paraissant due à la dysménorrhée ».

Il faut arriver en 1846 pour avoir une bonne étude de la dysménorrhée membraneuse, et c'est à Oldham que revient l'honneur d'avoir le premier interprété la nature de la maladie. Quel-

ques mois plus tard, Simpson ayant eu sous les yeux plusieurs cas analogues, en tirait des conclusions plus explicites que celles d'Oldham, surtout au point de vue pathogénique; pour lui, la cause de l'affection était due à une *hyperactivité fonctionnelle de la muqueuse*, et il désignait la maladie sous le nom d'*exfoliation pathologique de la muqueuse*. La même année, Ashwell, Churchill, ayant constaté dans un cas la nature fibrineuse des débris rejetés avec le sang menstruel, voulurent ériger ce fait en théorie générale, nièrent l'exfoliation de la muqueuse et firent du produit membraneux un détritus mucofibrineux, résultant d'un état inflammatoire de l'utérus. Tyler Smith, Mandl, Klob, soutenant la même opinion, virent leur théorie battue en brèche par les recherches de Coste, Laboulbène, Follin, Lebert, qui montrèrent dans le produit expulsé les éléments de la muqueuse utérine.

Ces différents faits sont recueillis dans la thèse de Semelaigne (1851), thèse qui est surtout un aperçu critique et une analyse des différentes opinions des auteurs.

A cette époque paraissent différentes observations, celles de Charpignon, Tyler Smith, Aran, qui semblent donner pour cause de l'affection l'abus des rapports sexuels. Tinel (1858) parle dans sa thèse de la dysménorrhée, mais d'une façon tout à fait accessoire.

Tilt en Angleterre, Hegar en Allemagne, Bougavel, Davaine, Delore en France, présentent différents cas de dysménorrhée membraneuse, que Farre différencie, dans un rapport, de la vaginite épithéliale.

Les observations dès lors se multiplient, et c'est ainsi que Troque, dans son excellente thèse de 1869, peut en recueillir jusqu'à vingt-sept, parmi lesquelles il en compte néanmoins treize comme douteuses. Dans son travail, il est éclectique, et, le premier, il admet la possibilité de deux sortes de dysménorrhée, l'une membraneuse, l'autre pseudo-membraneuse.

Dès cette époque et d'une manière générale, les opinions émises sur la cause de la maladie varient suivant le point de vue auquel se sont placés les auteurs qui ont abordé la question de la

pathogénie. Nous pouvons grouper ces opinions sous quelques chefs principaux.

Tout d'abord, on songea à établir la comparaison avec ce qui a lieu dans l'avortement, d'où la théorie de l'*ovulation ou de l'imprégnation imparfaite* ; c'est ainsi que Raciborski, ayant eu à sa disposition plusieurs abortus se crut autorisé à ne voir dans toutes les membranes rejetées qu'un produit d'avortement. Cette théorie, soutenue par Haussmann, Cory, qui apporte plusieurs observations à l'appui de son dire, est réfutée par Puech, Gautier de Genève, etc. D'ailleurs, elle est en contradiction flagrante avec des faits tels que ceux de Courty, Siredey et autres, qui ont observé de la dysménorrhée membraneuse chez des vierges.

D'un autre côté, certains observateurs, frappés surtout par les lésions inflammatoires qui accompagnent presque toujours la dysménorrhée, ont attribué cette affection à une phlegmasie chronique ou aiguë des parois utérines. C'est la théorie de *l'endométrite* développée par Huchard et Labadie, ainsi que par Taulier, qui, dans sa thèse inaugurale, après un aperçu critique des diverses opinions, conclut à l'origine endométritique de la dysménorrhée membraneuse.

L'obstruction du col par atrésie ou quelque autre lésion ne pouvait manquer d'être invoquée comme cause de la dysménorrhée ; elle semble, en effet, donner à première vue une explication assez facile tout au moins des phénomènes douloureux. Cette sorte de pathogénie mécanique, soutenu par Sims, Simpson, Makintosh, Goodell, etc., est loin pourtant, comme nous le verrons dans le cours de ce travail, de donner une interprétation suffisante de l'ensemble des faits.

Citons encore les travaux de Williams, qui assigne comme origine à la dysménorrhée membraneuse un *excès de tissu fibreux dans l'utérus par arrêt de développement ou défaut de sub-involution après l'accouchement.*

Enfin Gautier, de Genève, au Congrès de 1877, tenta de mettre la production des membranes utérines sous la dépendance d'un

état général analogue à celui qui préside à l'épaississement de la peau dans l'ichthyose.

En résumé, comme nous le verrons dans le chapitre concernant la pathogénie, toutes les théories ne sont que l'expression partielle de la vérité ; chacune d'elles se place, pour apprécier les faits, à tel ou tel point de vue particulier, et, de ce chef, ne saurait prétendre à une signification générale ; c'est ce qui a porté les auteurs récents à chercher plus loin les causes de la dysménorrhée membraneuse, et c'est de l'étude de la menstruation normale qu'il ont cherché à déduire une conception exacte de la nature de la maladie.

Bernutz, Beigel, West, Courty, Hegar, Maier, etc., se sont attachés à démontrer que la maladie n'était due qu'à des troubles généraux nerveux et circulatoires qui entraînaient une *perversion de la mue cataméniale.*

C'est cette opinion que nous chercherons à défendre en traitant plus spécialement la pathogénie ; nous nous fonderons sur le processus normal de la menstruation, et nous chercherons à déduire de l'étude des faits physiologiques une interprétation rationnelle des phénomènes morbides.

Observation I. — Mme X..., âgée de 38 ans, mariée depuis vingt ans, n'a jamais eu d'enfants, ni présenté aucun commencement de grossesse. Ses règles sont survenues pour la première fois quatre ans avant son mariage et ont été dès lors accompagnées de troubles dysménorrhéiques. On ne peut affirmer l'existence des membranes dans le sang menstruel à cette époque, leur présence n'y ayant été recherchée qu'il y a douze ans.

C'est à ce moment que M. le professeur Hallez pratiqua l'examen de la malade et constata les particularités suivantes :

Utérus petit, très dur ; le col est hypertrophié et allongé de telle sorte qu'il descend dans la cavité vaginale et se présente sous le doigt dès le commencement du toucher. L'orifice cervical est ponctiforme, et la sténose du canal a résisté à tous les procédés de dilatation, en raison même de l'induration scléreuse des tis-

sus. Lymphadénite péri-utérine persistante, prédominante à gauche.

Pendant la période intercalaire (intermenstruelle), cette dame, quoique menant une existence très active, n'éprouve aucun phénomène douloureux, aucun trouble de nervosisme ou d'hystérie.

Crise menstruelle à chaque époque. Les règles surviennent avec une régularité exceptionnelle. La malade peut d'avance fixer l'heure où débutera la menstruation ; celle-ci est précédée exactement à 24 heures d'intervalle, par des douleurs intenses qui apparaissent subitement ; instantanément la malade passe du calme absolu à la souffrance la plus vive. Durant 48 heures, elle a des vomissements incoërcibles nécessitant des injections de morphine ; elle éprouve des élancements douloureux, dans le bas-ventre, s'irradiant suivant le trajet des nerfs lombo-abdominaux. Un soulagement se produit quand apparaissent les membranes, qui devancent les premières gouttes de sang et dont l'expulsion se continue pendant toute la durée de la période. Le flux est de médiocre abondance et sa disparition amène la cessation des douleurs.

Les phénomènes de catarrhe utérin sont peu prononcés ; on remarque seulement un léger écoulement séro-purulent pendant les trois ou quatre jours qui suivent la disparition des règles.

L'état actuel se maintient sans médication appréciable depuis le début des accidents. Malgré toutes les modifications employées (Salins, Néris, Plombières — dilatations répétées, cautérisations, émissions sanguines, etc.), la situation reste la même.

Observation II. — Madame Y..., âgée de 35 ans ; son affection remonte à quinze ans, à l'époque même de son mariage. Jusque-là, elle avait été régulièrement menstruée et indemne de tout accident hystériforme ou névrosique. Dès les premiers rapports conjugaux, apparurent simultanément deux ordres de phénomènes morbides, à savoir : une perturbation des fonctions utérines accompagnée de troubles d'ordre neurasthénique.

Les phénomènes nerveux ont toujours paru secondaires aux lésions utérines ; ces dernières présentèrent dès le début les ca-

ractères de la dysménorrhée douloureuse ; on ne peut affirmer qu'il y eût à cette époque de l'exfoliation de la muqueuse utérine ; la malade n'ayant pas eu conscience de l'expulsion de membranes. Les douleurs vives et la stérilité résultant de son état pathologique, l'amenèrent à consulter à Paris et à Bruxelles, et ce n'est que trois ans environ après le début de son affection que M. Hallez la vit pour la première fois.

Voici ce qu'il put constater en pratiquant l'examen de l'appareil génital :

Atrésie du col persistante, malgré des tentatives antérieures de dilatation. L'orifice du museau de tanche est ponctiforme. Il y a de la lymphadénite périutérine développée surtout en avant de l'utérus, et produisant une légère rétroversion de cet organe ; cette lymphadénite est caractérisée par un empâtement rénitent et par moments presque phlegmoneux du tissu cellulaire périutérin ; de plus, les ganglions indurés et saillants sont douloureux au moindre contact. L'utérus est volumineux et manifestement congestionné.

Les vives souffrances éprouvées lors de l'écoulement des règles, ayant attiré particulièrement l'attention sur le flux cataménial, on découvrit la présence de membranes tantôt déchiquetées, tantôt entières et affectant alors la forme de moules complets ou incomplets de la cavité utérine. Le flux sanguin ne commençait qu'après l'expulsion des premières membranes et quelquefois prenait les allures d'une véritable ménorrhagie ; il était précédé de douleurs intenses avec tension du bas-ventre et de véritables contractions utérines perceptibles à la palpation. La crise douloureuse se prolongeait pendant douze à vingt-quatre heures, l'exfoliation de la muqueuse durait pendant tout le temps du flux menstruel et quelquefois même l'expulsion de moules entiers était suivie de celle de lambeaux déchiquetés d'étendue variable.

Pendant la période menstruelle on observait une névralgie intense avec ses points intra-pelviens parfaitement accusés ; le siège maximum des douleurs était au niveau des ganglions. Les élancements s'irradiaient dans le pli inguinal, les régions iliaque et dorso-lombaire. Il y avait de l'irritation spinale, des névralgie

intercostales fréquentes. Vomissements incoercibles, adynamie, prostration, insomnie, impossibilité même de parler, en un mot tout le cortège des névralgies secondaires aux troubles utérins.

Pendant les périodes intercalaires, les mêmes phénomènes nerveux persistent, mais à un degré moindre. La malade passe sa vie sur une chaise longue, en proie à des douleurs erratiques, à des poussées zonaires (zona thoracique, périorbitaire), à des troubles hystériques (hyperesthésie, dysphagie, sensation de boule, etc.). Durant tout l'intervalle intermenstruel, une leucorrhée persistante est de règle ; et une fois même cette leucorrhée affecta un caractère d'intensité si prononcé qu'elle causa une vaginite qui nécessita un traitement de plusieurs mois.

L'existence devenant intolérable par suite de l'état local et général, la malade ne recula devant aucun moyen dont elle pût espérer quelque soulagement. Sur les conseils du docteur Gallard, appelé en consultation, elle fit des stations à Kreuznach, Plombières, Néris, sans aucun résultat. Elle subit la dilatation du col, des cautérisations intra-utérines au nitrate d'argent, des applications répétées de sangsues sur le col, des topiques calmants et résolutifs dans le vagin, un traitement arsenical, bromo-ioduré, etc. Les névralgies furent combattues sans grand résultat au moyen de vésicatoires qui furent à plusieurs reprises appliqués aux points douloureux. L'hydrothérapie, sous la direction de médecins compétents, les pointes de feu, les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale, donnèrent également un résultat négatif.

Il est à remarquer que, pendant ce long intervalle de temps, cette dame habitait une localité voisine où toutes les conditions d'hygiène se trouvent réunies. Il y a sept ans, il y eut pour la première fois un arrêt des règles et des signes de grossesse. Le produit fut expulsé au bout de six semaines : œuf entier enveloppé dans une caduque d'aspect et de structure normales. Après cet avortement, les phénomènes morbides reprirent leur cours. Une deuxième grossesse se produisit en 1884, grossesse qu'on amena heureusement à terme, grâce à des soins incessants, à un repos prolongé et malgré la persistance des phénomènes nerveux. L'ac-

couchement fut facile, les suites heureuses, à part l'apparition de quelques troubles visuels et de quelques symptômes de manie puerpérale (visions, hallucinations) pouvant être rattachés à l'état hystérique de la malade. Cette dernière ne put nourrir. Les règles reparurent dès la septième semaine ; le col était alors largement ouvert, les anciennes lymphadénites des culs-de-sac persistaient et dès la première menstruation les membranes reparurent. L'amendement local et général qu'on avait pu espérer du fait de la grossesse menée à terme ne se produisit pas. Les douleurs reparurent comme autrefois et l'état resta le même.

En août 1886, nouvelle grossesse. Cette fois une liberté plus grande fut laissée à la malade, liberté qui d'ailleurs se bornait, vu son état de faiblesse, à quelques allées et venues dans l'intérieur de la maison et aux soins du ménage. Les troubles nerveux sont toujours identiques : douleurs, faiblesses, insomnies, longues heures de prostration.

L'accouchement est attendu en mai. (*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DE LA SALPINGO-OVARITE.

M. Terrillon.— J'ai déjà présenté devant l'Académie de médecine, en 1887, six observations de pyo et hémato-salpingite que j'avais opérées par la laparotomie et qui ont donné des résultats excellents. M. le professeur Cornil fit un rapport sur ces présentations (juillet 1887).

Les malades dont je présente actuellement les observations avaient des affections un peu différentes de celles opérées en 1887 ; au lieu de pyo ou d'hémato-salpingites, il s'agissait de salpingite catarrhale simple avec épaississement des parois de la trompe avec altérations variables de l'ovaire. Ces affections dataient de plusieurs années, s'accompagnant au début de douleurs et de troubles de la menstruation, mais donnant lieu de-

puis quelques mois à des troubles graves au point de vue général ; fièvre hectique, amaigrissement, inappétence, sueurs.

Comme cette variété de salpingo-ovarite est plus difficile à diagnostiquer à cause de son petit volume, et qu'elle présente malgré cela une assez grande gravité, il était utile de publier ces faits et de les faire connaître, car dans ces cas on se méprend souvent sur la nature de la maladie.

La première malade, âgée de 34 ans, souffrait depuis cinq ans dans le bas-ventre, surtout à gauche. Elle avait eu des métrorrhagies et des douleurs menstruelles. Depuis deux ans environ, elle perdait de temps en temps une certaine quantité de liquide muco-purulent par le col utérin et venant des trompes.

Opération le 14 février 1888. Les deux trompes augmentées de volume, bosselées, indurées, oblitérées au niveau de leur pavillon et recouvrant l'ovaire sont enlevées avec cet organe. Elles étaient très adhérentes dans les deux culs-de-sac de Douglas. Leur paroi était épaissie, la muqueuse présentait des villosités nombreuses, le liquide peu abondant, muco purulent ne contenait ni bacilles, ni micrococques.

Les suites de l'opération furent très bénignes, sauf un abcès de la paroi abdominale.

La deuxième opérée, âgée de trente-cinq ans, est malade depuis quatre ans. Elle a eu plusieurs poussées de pelvi-péritonite ; les souffrances du bas-ventre ont augmenté, la fièvre hectique s'est déclarée il y a six mois. En l'examinant on constate tous les signes d'une salpingo-ovarite du côté gauche.

Opération le 25 février 1888. On trouve des adhérences multiples dans le petit bassin. L'ovaire et la trompe gauche peuvent seuls être enlevés, mais avec difficulté. Ils présentent la même altération que dans l'observation précédente. Les organes du côté droit ne peuvent être enlevés ; ils sont soudés au plancher du bassin par des fausses membranes anciennes.

Les suites de l'opération furent assez bonnes. Cependant la malade souffre encore dans la région qui n'a pas été opérée.

La troisième malade, âgée de vingt-six ans, souffre dans le bas-ventre depuis l'âge de vingt ans, à la suite d'une fausse couche. Depuis plusieurs mois, douleurs violentes, marche impossible, fièvre hectique et écoulement muco-purulent par l'utérus survenant à des intervalles irréguliers. Amaigrissement rapide.

On constate tous les signes d'une salpingo-ovarite double prononcée surtout à droite.

Opération le 4 mars 1888. On enlève deux trompes assez grosses, rouges, tomenteuses, adhérentes à l'ovaire couvert de fausses membranes. Ces organes sont épaissis surtout aux dépens de leur paroi musculeuse.

La muqueuse est très hypertrophiée.

Les ovaires remplis de petits kystes sanguins sont malades surtout à leur surface.

Muco-pus dans la trompe en petite quantité, sans microbes.

Les suites de l'opération furent parfaites.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 2 juin 1887.

OBSERVATION D'UN CAS D'ABSENCE TOTALE DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN.

M. J. Klein. — Il s'agit d'une personne qui, quoique âgée de 21 ans, n'a pas encore vu couler ses règles. Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 21 ans. A cette époque apparurent quelques malaises, tels que maux de tête, douleurs lombaires, douleurs irradiant vers les cuisses jusque dans les genoux. Ces douleurs sont d'ordinaire assez fortes et ne quittent jamais la malade; elles s'exagèrent périodiquement toutes les trois semaines pendant une durée de deux jours et sont alors accompagnées presque régulièrement d'épistaxis.

Un de ces saignements de nez périodiques put être observé. La quantité de sang perdu n'était pas considérable; le sang était veineux et n'offrait rien de particulier à l'examen microscopique.

La malade est une jeune fille de taille moyenne et de bonne constitution. L'examen général n'offre rien de particulier.

Les seins sont parfaitement développés, le mont de Vénus est bien garni de poils, le ventre est souple, légèrement douloureux à la pression dans les régions iliaques. Le bassin est légèrement rétréci dans tous ses diamètres. Les organes génitaux externes paraissent tout à fait normaux.

Les grandes et les petites lèvres, le clitoris et l'urèthre sont

bien développés. L'ouverture du vagin est hermétiquement fermée par un hymen charnu, imperforé et résistant à une forte pression du doigt.

Afin de se rendre compte d'où pouvaient provenir les douleurs émanant du petit bassin, l'examen des organes génitaux internes fut pratiqué par le rectum pendant l'anesthésie chloroformique.

On constata l'absence totale de l'utérus et du vagin. La vessie et le rectum se touchent complètement, car les deux doigts introduits dans le rectum rencontrent, immédiatement en avant, une sonde qui se trouve dans la vessie. Par contre, on parvient à palper aisément les deux ovaires, de grandeur et de consistance normales. Ces deux organes occupent leur place naturelle et sont reliés par un cordon de l'épaisseur d'une plume d'oie, tendu horizontalement à travers le petit bassin. Ce cordon n'offre point partout la même résistance et paraît être composé de plusieurs fibres.

Nous sommes donc ici en présence d'une absence totale de l'utérus et du vagin. Que fallait-il faire ? Un vagin artificiel ? C'eût été une entreprise bien hardie ou même impossible, la vessie et le rectum étant soudés intimement l'un à l'autre. De plus, cela n'aurait pas débarrassé notre malade de ses douleurs ovariques.

On lui proposa donc l'extirpation des ovaires, ce qu'elle refusa. Espérons qu'elle reviendra lorsque ses douleurs deviendront insupportables !

Les cas d'absence totale de l'utérus et du vagin avec développement normal des ovaires, douleurs menstruelles ovariques et déviation des règles par le nez étant extrêmement rares, j'ai pensé devoir attirer votre attention sur ce cas.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Présidence de M. le Dr Guéniot.

CAS DE TUMEUR FIBREUSE OBSTRUANT LE CANAL PELVIEN.

M. Porak. — Je désire consulter la Société au sujet d'une de mes malades. Cette femme est à terme, la poche des eaux est rompue, le fœtus mort, la matrice est le siège de deux tumeurs

fibreuses, dont l'une obstrue le canal pelvien. Que dois-je faire ?

M. Pajot. — Il n'y a que deux conduites à tenir : ou il est possible d'atteindre les parties fœtales, ou cela est impossible. Dans le premier cas, il faut broyer les parties fœtales qui se présentent successivement, c'est l'opération la moins dangereuse. Dans le deuxième cas, je pense que l'opération de Porro doit être préférée à l'opération césarienne. L'enfant est mort et l'utérus est le siège de deux tumeurs ; quel serait l'avantage de l'opération césarienne ? laisser les corps fibreux, c'est créer une situation dangereuse ; de plus une nouvelle grossesse pourrait survenir et compromettre à nouveau la vie de la mère.

M. Loviot. — Pour apprécier la mobilité du corps fibreux et se rendre compte de l'opération à tenter, il faut endormir la femme et introduire la main dans le vagin, on pourrait alors juger du degré de rétropulsion de la tumeur.

M. Guéniot. — J'ai observé plusieurs cas de corps fibreux obstruant complètement le canal pelvien et dans lesquels, contre toute attente, il y eut ascension de la tumeur et accouchement spontané. Je suis donc en droit de conclure qu'il convient d'attendre tout des contractions utérines et qu'il y a lieu d'espérer une terminaison favorable. Il ne faut pas chercher à arrêter les contractions utérines qui doivent mobiliser la tumeur. Si l'ascension ne se faisait pas, il faudrait suivre la conduite conseillée par M. Pajot.

M. Pajot. — D'une façon générale il faut attendre ; mais dans le cas de M. Porak, l'œuf est ouvert, l'enfant est mort, il y a dans l'utérus un foyer d'infection ; la situation est grave. Aux premiers symptômes de septicémie, il convient d'intervenir et l'opération de Porro paraît indiquée, malgré la difficulté d'obtenir un pédicule.

M. Lucas-Championnière. — J'ai vu la malade de M. Porak. Dans les cas d'urgence je crois que, quand le col est accessible, sa forme conservée, il y a des chances pour que l'accouchement se termine sous la seule influence des contractions utérines. S'il n'y a plus de col, il faut intervenir. L'opération césarienne est alors difficile, l'opération de Porro presque impossible. Si donc on peut atteindre les parties fœtales, il faut tenter de faire le broiement qui dans ce cas est plus facile que dans les cas de rétrécissement du bassin.

M. Porak. — Je répondrai à M. Loviot que je n'ai pas endormi la femme parce que cela me parut inutile, la contraction utérine étant plus apte que la main à mobiliser la tumeur. Quant à l'opération de Porro, je la repoussais à cause de la difficulté de faire un pédicule et je préférais l'opération césarienne parce qu'elle me semblait moins périlleuse. Il est vrai que si l'utérus est septique il vaut mieux l'enlever.

(*Bulletin médical.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 *avril* 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES SUR L'UTÉRUS APRÈS LA PARTURITION PHYSIOLOGIQUE.

MM. Straus et D. Sanchez-Toledo. — Nous avons fait chez des femelles de différents animaux, un certain nombre d'expériences relatives à l'état de la cavité utérine et de son contenu, après la parturition physiologique ; en voici les principaux résultats.

Après la parturition physiologique, la paroi utérine ne renferme pas de micro-organismes. Les nombreux germes que renferment les premières voies génitales ne pénètrent donc pas à l'intérieur de l'utérus, ou s'ils y pénètrent, ils y sont rapidement détruits.

Ces faits expérimentaux, observés chez les femelles des animaux, trouvent leurs analogues dans des recherches faites récemment par M. Dœderlein sur les lochies des femmes en couches. Il constate que ces lochies, prises avec pureté dans l'utérus chez les accouchées ne présentant pas de fièvre ne renfermaient pas des bactéries et pouvaient être inoculées, sans effet appréciable, sous la peau des animaux, tandis que les lochies des femmes fébricitantes contenaient des microbes et provoquaient des accidents chez les animaux auxquels on les injectait.

Ayant ensuite introduit, à des époques variables après la parturition, dans l'intérieur des cornes utérines, des cultures pures de divers microbes pathogènes (*Bacillus anthracis*, *vibrion septique*, *staphylococcus*, *pyogenes aureus*, *choléra des poules*).

Ces expériences conduisent à des données inattendues ; elles

montrent que l'on peut impunément introduire dans la cavité utérine de femelles qui viennent de mettre bas, des quantités énormes de microbes, éminemment pathogènes pour ces animaux, sans provoquer aucune infection.

Un seul micro-organisme a fait exception : celui du *choléra des poules*; mais il s'agissait de lapins et l'on sait combien le lapin est sensible à son action.

Nous n'essayerons pas, pour le moment, d'expliquer cette singulière résistance de la plaie utérine après la parturition, chez ces animaux, qui contraste avec la vulnérabilité si grande que présente cette même plaie utérine à l'égard des microbes pathogènes chez la femme en couches.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

PSEUDO-TYMPANISME HYSTÉRIQUE.

M. Bernheim fait une communication sur le pseudo-tympanisme hystérique. Une jeune hystérique précédemment atteinte de crises dont quelques-unes avec hallucinations et délire, eut des troubles menstruels suivis de tympanisme intermittent avec cette particularité que, quand il disparaissait, il n'était accompagné d'aucune émission de gaz, ni en haut, ni en bas.

M. Bernheim qui, par la suggestion, a guéri la malade de manifestations hystériques multiples, n'a pu encore la débarrasser de ce tympanisme. Ce phénomène serait dû, d'après l'auteur, à un abaissement du diaphragme causé lui-même ou par contraction, comme dans l'inspiration profonde, ou par refoulement, comme dans le mécanisme de l'effort après inspiration profonde. (*Revue médicale de l'Est.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE NANTES

(Heurtaux.)

Cancer utérin, provenant d'une femme de 42 ans. Le début apparent remonte seulement au mois de novembre. C'est vers cette époque que la malade constata que ses règles étaient exagérées. Des hémorrhagies survenaient dans leurs intervalles. Au toucher, on trouvait une masse friable, présentant plusieurs lo-

bes, ce qui permit de faire le diagnostic de cancer utérin. La malade ne tarda pas à succomber avec des symptômes d'urémie. Sur la pièce présentée, on voit que le néoplasme envahit tout le bas-fond de la vessie dont l'apparence est papillaire. La masse se prolonge aussi derrière l'utérus et remplit le cul-de-sac recto-utérin, l'orifice de l'uretère droit, se trouvant comprimé par la masse cancéreuse et ce conduit apparaît très dilaté, de même que les calices et le bassinet du rein correspondant dont le tissu semble très altéré.

SOCIÉTÉ HARVÉIENNE DE LONDRES

FIBROMYOMES COMPLIQUANT LA GROSSESSE.

M. J. Philipps divise l'utérus en trois zones : un segment supérieur, un inférieur et le col. Les corps fibreux volumineux ou multiples du segment inférieur causent pendant la grossesse, des troubles qui en interrompent le cours. Au contraire, quand ils occupent les autres parties de l'organe, leur présence n'est souvent révélée que par des phénomènes de compression et, pendant le travail, par un obstacle à l'expulsion du fœtus. Les corps fibreux de la zone supérieure sont donc beaucoup moins dangereux pendant la grossesse. Il est difficile de voir avec précision quel doit être le volume que doit atteindre un corps fibreux pour constituer un obstacle sérieux à l'accouchement. L'auteur s'occupe de la question de l'accouchement prématuré, dans le cas de corps fibreux chez une femme enceinte. Deux fois, il l'a pratiqué; ses deux malades sont mortes. Le forceps, la version et l'embryotomie donnent, chez les femmes atteintes de corps fibreux, une mortalité considérable.

M. Braxton Hicks reconnaît que la présence d'un corps fibreux ajoute beaucoup aux dangers d'une grossesse, surtout quand il est situé au voisinage du col. Pendant la grossesse, les fibromes grossissent rapidement et peuvent oblitérer complètement le canal pelvien. Les corps fibreux constituaient en outre une cause de la rétention du placenta.

D'après M. Champneys les grossesses gémellaires semblent fréquentes chez les femmes atteintes de fibrômes, et ceux-ci rendent la grossesse si dangereuse qu'on doit déconseiller le mariage

aux femmes qui en présentent. Les fibrômes situés sur la paroi postérieure de l'utérus sont les plus graves.

F. Rx.

REVUE DE LA PRESSE

—

DE L'ENDOMÉTRITE ET DE SON TRAITEMENT.

La Société obstétricale et gynécologique de Paris s'est occupée longuement et à plusieurs reprises de l'importante question de l'endométrite et de son traitement à propos d'une communication de M. Doléris.

M. le docteur Doléris a apporté à l'appui de son opinion de nombreuses observations qui semblent justifier le nouveau traitement qu'il préconise.

Sans aborder la question de pathogénie et de doctrine, nous pensons qu'il sera profitable de résumer ici les diverses propositions soutenues et le traitement nouveau qui, au dire de son auteur, lui a donné les résultats les plus heureux.

La métrite chronique est caractérisée par des lésions pathologiques complexes, et, pour arriver à la guérir, il est de toute nécessité : d'ouvrir aux sécrétions une voie d'élimination large et aisée ; de modifier la muqueuse dans toute son épaisseur.

De là, deux indications :

1° Dilatation du col utérin ; 2° traitement local de la surface utérine.

Pour modifier la muqueuse dans le cas d'endométrite du corps de l'utérus, le râclage avec la curette longue de Récamier sera pratiqué. On s'assurera d'abord qu'il n'existe pas d'inflammation récente dans les tissus péri-utérins. Cela bien établi, des irrigations antiseptiques du vagin seront faites pendant quelques jours. La malade, placée dans le décubitus dorsal, sera chloroformée sans qu'on aille jusqu'à la narcose complète. Une pince placée sur la lèvre antérieure du col et tenue par un aide, attirera l'utérus en bas et rendra le cathétérisme très faible. On s'assure ainsi de la direction du conduit utérin.

La curette sera alors introduite de la main droite, tandis que la main gauche maintiendra le fonds de l'utérus. L'instrument ayant pénétré jusqu'au fond, on râcle fortement en allant de droite à gauche, en décrivant des demi-cercles qui se complètent les uns les autres. Toute l'épaisseur de la muqueuse, jusqu'à la couche musculaire, sera enlevée. La curette retirée, du sang sort en assez grande abondance.

On écouvillonnera à plusieurs reprises, et avec la sonde dilatatrice on fera un lavage avec une solution au sublimé à 1/2000 et à la température de 40 à 45°, de façon à enlever les derniers débris de la muqueuse ou de caillots. On termine par un écouvillonnage avec un écouvillon très doux chargé de glycérine créosotée à 1/3. Pulvérisation d'iodoforme sur le col et tampon de glycérine iodoformée dans le fond du vagin.

Généralement, il n'y a pas de grandes douleurs après l'opération; quelquefois des *coliques* pendant deux à trois jours. Quant à l'hémorrhagie, insignifiante pendant l'opération, elle est nulle après. Au bout de quelques jours, un écoulement de liquides épais, provenant de la déliquescence des cellules les plus profondes de la muqueuse, restées adhérentes à la couche musculaire, se produit. Il se tarit rapidement.

Quant à la dilatation de l'utérus, elle n'est indispensable qu'autant que le col ne se laisse pas facilement traverser. Elle se fera avec l'éponge, la laminaire, le tupelo, préparés antiseptiquement.

Les succès obtenus par l'auteur sont encourageants, mais il est évident que le mode de traitement dont nous venons d'esquisser les grandes lignes demande une grande prudence, que nombre de cas peuvent et doivent guérir sans y avoir recours, en se contentant seulement de moyens fort simples et sans aucun danger possible.

L'emploi des antiseptiques autorise une hardiesse louable, mais qu'il est bon de modérer quelquefois, ne serait-ce que dans les cas ordinaires où la guérison s'obtient sûrement et sans crainte de complications.

MARIUS REY.

OVARIOTOMIE CHEZ UNE PETITE FILLE.

Les kystes de l'ovaire chez les enfants sont très rares. Il est vrai que Devan et Wierckel ont observé cette affection sur des ovaires non en-

core développés. On ne trouve dans les traités de gynécologie que huit relations d'ablation de tumeurs ovariennes chez les enfants. Duchamp, en 1885, publia un cas d'ovariotomie chez une petite fille de 3 ans.

L'observation rapportée par Polotelnow (*Centralb. für Gynecologie*, n° 23, 1887) a trait à une fille de 9 ans. Elle souffrait depuis deux ans de douleurs dans l'abdomen. Le ventre augmentait peu à peu de volume. Il atteignait une circonférence de 64 centimètres au-dessus de l'ombilic. La tumeur était plus facilement perceptible à droite, et se composait de deux masses mobiles sphériques et non fluctuantes.

La matrice était celle d'une enfant ; le vagin avait une longueur de 8 centimètres.

L'opération fut assez facile, la guérison rapide, sans complication. La tumeur, liquide compris, pesait 2 kilogrammes ; le kyste contenait des productions pilifères. — Ch. S.

PLACENTA PRŒVIA ISOLÉ. (LOVIOT.)

Les placentas prævias isolés sont des faits rares. On n'a pu en réunir que quatre cas. Un pont membraneux, parcouru par des vaisseaux très apparents, relie une masse placentaire principale à un petit placenta accessoire, constitué par la réunion de quelques cotylédons rougeâtres qui étaient vraisemblablement les plus voisins du col et correspondant au point où s'est faite l'hémorrhagie. L'orifice de rupture des membranes est situé manifestement dans le voisinage immédiat du placenta supplémentaire.

On est donc en présence d'un placenta isolé, car il y a agglomération cotylédonnaire supplémentaire. Voici l'observation résumée.

Femme âgée de 32 ans secondipare, première grossesse pertes à 4 mois à la suite de cahots de voiture ; douleurs jusqu'à l'accouchement qui eut lieu à terme et spontanément.

L'arrière-faix offre quelque chose d'insolite et la sage-femme remarqua et fit remarquer qu'un pont membraneux divisait le placenta.

La seconde grossesse fut douloureuse à partir du sixième mois et l'accouchement eut lieu prématurément à 8 mois et fut précédé de deux fortes pertes sanguines.

Le placenta présentait les mêmes caractères que lors du premier accouchement.

Les placentas avec cotylédons accessoires ne sont pas absolument rares ; aussi importe-t-il d'en examiner les membranes à contre-jour après la délivrance pour s'assurer s'il n'y a pas de vaisseaux rampants dans les membranes, auquel cas on pourrait diagnostiquer l'existence d'un placenta supplémentaire resté dans l'intérieur. Mais ce qui est rare, c'est le placenta accessoire prævia.

(*Revue française.*)

RACHITISME ET SYPHILIS. (COMBY.)

Voici comment on doit envisager les rapports de la syphilis et du rachitisme :

1° Le rachitisme est fréquent chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, mais il n'est pas pour cela d'essence et de nature syphilitiques. C'est par l'épuisement et la cachexie, non par une influence *spécifique*, que la syphilis héréditaire aboutit au rachitisme. Prévenir cette cachexie ou la combattre par le traitement mercuriel et par l'allaitement naturel exclusif et prolongé, c'est en même temps faire la prophylaxie du rachitisme.

Allaité artificiellement, le petit syphilitique est pour ainsi dire voué au rachitisme.

2° Quant à la syphilis acquise, son action est également dénuée de toute spécificité.

Si les enfants contaminés sont pourvus, en temps opportun, d'un bon traitement et d'une bonne nourrice, ils échappent encore plus sûrement au rachitisme que dans le cas de syphilis héréditaire. En sont-ils privés, ils deviennent rachitiques.

Dans tous les cas, la syphilis n'agit qu'à titre de cause occasionnelle et adjuvante ; elle ne mérite pas, dans l'étiologie du rachitisme, une meilleure place que telle ou telle maladie infantile (rougeole, variole, scarlatine, fièvre typhoïde, broncho-pneumonie) dont l'intervention, on le sait, peut provoquer le rachitisme.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉTIOLOGIE ET DES SYMPTÔMES DE LA CHUTE DE LA MATRICE COMPLIQUÉE DE CYSTOCÈLE.

Les efforts continuels nécessités par les professions pénibles expo-

sent les femmes au prolapsus presque autant que les grossesses multiples.

Le prolapsus utérin, même au début, s'accompagne de cystocèle vaginale.

Dans les descentes de matrice anciennes et volumineuses, la hernie de la vessie est souvent très prononcée ; la rectocèle a toujours un moindre développement.

Dans les descentes anciennes, les douleurs sont peu intenses, disparaissent par le repos ; les troubles de la miction ne sont pas toujours en rapport avec le degré de cystocèle. L'absence de calculs chez les malades soumis à notre observation ne nous empêche pas d'admettre les conclusions de M. Varnier, qui démontre la fréquence relative des cystocèles compliquées de calculs.

La descente de matrice prédispose à la stérilité et à l'avortement.

Les femmes de classe ouvrière atteintes de cette affection ne retirent que très peu de bénéfice de l'emploi des pessaires. (Dr DUTOURIER, Thèse de Paris, juin 1887).

(*Bulletin de thérapeutique*).

DE LA TOUX UTÉRINE.

La toux utérine, qui ne doit pas être confondue avec la toux hystérique, a été peu étudiée jusqu'ici, bien qu'elle ait été signalée par un bon nombre d'auteurs. M. le docteur Paul Muller en fait une étude très complète dans sa thèse et montre que cette affection est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit. Elle est considérée comme due à un reflexe partant de l'utérus et peut se produire dans divers états utérins aussi bien physiologiques que pathologiques. On peut la rencontrer en effet non seulement dans toutes les lésions de l'utérus, mais en particulier pendant la grossesse et au moment de la menstruation. Il faut remarquer, d'ailleurs, que les lésions malignes donnent rarement lieu à ce reflexe. On le rencontre beaucoup plus fréquemment dans les corps fibreux, la métrite et surtout les déviations utérines.

Ainsi que l'a indiqué Aran, la toux utérine procède souvent par quintes : ces accès de toux se montrent sous diverses influences ; le traumatisme joue un certain rôle dans leur éclosion ; on peut citer comme exemple le spasme laryngé qui se produit souvent lors de la ligature du pédicule dans l'hystérectomie. Les rapports sexuels peu-

vent provoquer l'accès non-seulement chez les utérines proprement dites, mais quelquefois aussi chez les femmes en dehors de leur période menstruelle et sans qu'on puisse trouver de lésions de l'utérus. Et cette toux est l'analogue de la toux génitale que l'on rencontre parfois chez l'homme après des excès vénériens. La toux peut être provoquée aussi par la chute de l'utérus en avant, ainsi que cela se produisit chez une malade atteinte d'antéversion, qui se mettait à tousser chaque fois qu'elle se levait sans que l'organe fût maintenu.

L'évolution de cette forme de toux varie beaucoup suivant les cas. Lorsque la toux survient à l'occasion d'une menstruation, tantôt elle éclate quelques jours avant les règles, pour disparaître au moment de leur apparition ; tantôt elle accompagne celles-ci pendant un jour ou deux, d'autres fois sa durée est entièrement subordonnée à celle de l'écoulement sanguin, elle apparaît et disparaît avec celui-ci.

La toux de la grossesse est si irrégulière qu'on ne peut lui décrire une marche quelle qu'elle soit ; ce qui prouve qu'elle est manifestement utérine, c'est qu'elle disparait après l'accouchement.

Dans les maladies utérines, les accès prennent une marche beaucoup plus régulière pour chaque malade chez laquelle la toux peut durer tant que la lésion utérine persiste. Comme forme rare on peut signaler ce qu'on a décrit sous le nom d'asthme utérin. Dans ce cas, les accès, souvent très violents, surtout au moment des règles, ressemblent beaucoup à ceux de l'asthme ordinaire.

Dans ces diverses formes de toux, le sulfate de quinine et le bromure de potassium réussissent assez bien, mais on ne peut guère compter sur une guérison définitive, tant que la lésion utérine durera.

TRAITEMENT DES DYSPEPSIES PAR LA PAPAÏNE.

Au moment où la thérapeutique des dyspepsies revient à l'ordre du jour, le praticien ne doit pas oublier qu'il possède dans la papaïne, « cette pepsine végétale », un agent curatif de premier ordre. Le *carica papaya*, de la famille des cucurbitacées, est le type le plus parfait de ce groupe botanique si curieux, que Darwin appelait « les plantes carnivores », et qui confirme si pleinement le génial adage linnéen : *Natura non facit saltus*. On sait que notre regretté Würtz (dans plusieurs communications à l'Institut de France) a démontré que la papaïne agit *avec une énergie et une promptitude extra-*

ordinaires, et que ce ferment végétal dissout au moins mille fois son poids de fibrine humide, aussitôt désagrégée en une pulpe semi-liquide chimiquement semblable à la peptone. Qui peut le plus, peut le moins ; l'action de la papaïne sur la viande de bœuf s'étend naturellement, à l'albumine de l'œuf, au gluten, et à toutes substances protéiques des deux règnes. Sur le lait, principalement, l'effet digestif est remarquable, ce qui nous explique les nombreuses guérisons de lientérie infantile, obtenues, à l'aide de la papaïne, par E. Bouchut et d'autres auteurs.

Ainsi que l'écrit l'un de ces maîtres regrettés, « la papaïne fait digérer comme l'opium fait dormir ». Ce qui signifie que, sans que l'on s'en doute, les aliments se trouvent, par elle, transformés en un fluide nourricier entièrement élaboré, en un nutriment chyliforme, immédiatement assimilable et capable, par conséquent, de réparer avec promptitude les tissus organiques les plus délabrés. L'activité énorme qu'elle imprime aux phénomènes digestifs, rend donc la papaïne indispensable dans les innombrables cas où la suralimentation se trouve indiquée (diabète, tuberculose et maladies consomptives), qui se trouvent digérés, quelle que soit la nature chimique du milieu. Tandis que la pepsine n'agit qu'à hautes doses et dans un milieu acide, la papaïne réussit à doses faibles et son action n'est pas aussi infidèle que celle de son homogène animale, plus altérable, et dont la composition varie étrangement selon le mode de préparation employé. Tous les médecins qui ont recours à la papaïne, ont remarqué la constance de son pouvoir dissolvant : son action catalytique sur les albuminoïdes donne lieu au chyme le plus léger et le plus nourrissant qui puisse exister.

L'explication en est aisée à saisir. Tout en apportant à l'estomac le ferment qui lui manque, elle vient en solliciter la sécrétion : action thérapeutique bien plus conforme aux inéluctables lois de la biologie ! Aussi, l'organisme n'a-t-il point pour la papaïne cette assuétude qui rompt tout pouvoir médicamenteux, la digestion n'en est que plus parfaite, et ne fait ainsi que se rapprocher davantage de l'eupepsie physiologique. Rien d'étonnant, comme conséquence, que l'usage de la papaïne supprime les vomissements et les vertiges gastralgiques, guérisse l'atonie intestinale, supprime les flatulences, etc. Son action s'étend, en effet, sur toutes les dyspepsies gastro-entériques, qui ne sont, comme l'a très bien vu G. Sée, que *des opérations chimiques défectueuses*. Or, la thérapeutique la meilleure n'est

elle point celle qui repose sur l'étiologie ? Prenons pour exemple un phthisique au 3e degré. Son fonctionnement gastrique éteint, se trouve subitement relevé par la papaïne ; alors la diarrhée et les vomissements, dérivant de la dyspepsie, s'arrêtent ; la digestion s'opère normale et inodore ; les peptones rapidement dialysées, subissent une absorption et une assimilation faciles et complètes. Il y a donc eu, directement, une reconstitution organoplastique opérée par suite du remède apporté à l'insuffisance de sucs digestifs et à leur qualité défectueuse. C'est pour cela qu'un grand nombre de médecins préfèrent la papaïne comme *le meilleur ferment digestif*, le peptogène selon Corvisart. Sa puissance digestive fait en outre, de la papaïne, un véritable élément de force, très utile contre les maladies débilitantes, les convalescences, la phthisie, le rachitisme, etc. L'illustre Vauquelin aimait à le comparer à « du sang privé de son pigment coloré », et le dénommait *sorte de lymphe végétale*...

Pour terminer cette rapide esquisse, je crois devoir rappeler à nos lecteurs que les préparations de papaïne ont été, plus que spécialisées, mais véritablement *monopolisées* par M. Trouette Perret, pharmacien. Le *sirop* de papaïne Trouette-Perret est très agréable, et ne possède aucune action offensive ni irritante sur les estomacs les plus délicats. L'*élixir* de papaïne de la même marque, est à base de liqueur anisée, et possède une puissante action curative, dans la plupart des formes de dyspepsies ; on en prend un verre à liqueur après chaque repas. Ces préparations, que nous signalons à l'attention de tous les praticiens, sont (de même que le *vin*, les *cachets*, et les *dragées* de papaïne), toujours exactement dosées. Leurs effets sont sensiblement identiques pour chacune des formes médicamenteuses, qui effectuent toujours, d'une façon régulière et certaine, la peptonisation des substances albuminoïdes. En recommandant ces produits, je n'entends point déprécier les produits de l'officine. Mais (ainsi que l'a très bien dit l'un de nos distingués confrères), la spécialisation pharmaceutique s'impose absolument, pour tout produit qui nécessite un outillage industriel spécial... »

Dr Pol Vernon.

PYOSALPINGITE.

La *Medical Press* a publié, dans son numéro du 13 janvier, un cas de pyosalpingite opérée par M. Lawson-Tait.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui se plaignait depuis mars 1887

de troubles de la menstruation et de douleurs dans le côté gauche de l'abdomen et chez qui, en juin, le Dr Rayner-Batten avait trouvé à gauche une tumeur arrondie, élastique, qu'il pensa être une hypertrophie de l'ovaire, la température normale semblant permettre de rejeter toute idée d'abcès de la trompe. M. Lawson-Tait porta un autre diagnostic : il pensa à une salpingite double. Les deux trompes étaient fortement distendues et fluctuantes : mais il ne put reconnaître la nature du liquide cause de cette distension.

L'opération, faite le 11 novembre, montra les deux trompes distendues par un pus crémeux ; les parois tubaires étaient amincies. M. Tait enleva les trompes. La malade guérit très rapidement. Ce cas montre combien il est difficile de différencier la pyosalpingite de l'hydro ou de l'hématosalpingite.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. Zayaïtbki, privatdocent à Moscou, communique un nouveau cas (le cinquième en Russie) de guérison après l'extraction par la laparatomie d'un fœtus extra-utérin mort au sixième mois.

Il s'agissait d'une grossesse intra-ligamentaire droite. Cependan — à en juger une par la déchirure ou perte de substance à la paroi inférieure de la trompe de Falloppe droite (cette trompe rampait sur la surface de l'œuf qui se trouvait entre les feuillets du ligament large) — la grossesse a dû être tubaire au début pour ne devenir intraligamentaire que par suite d'une rupture de la trompe. Cette rupture eut probablement lieu vers la sixième semaine de la grossesse, époque à laquelle apparut tout à coup et sans cause apparente une forte hémorrhagie utérine (*Médicinskoïé Obozrénie*, n° 1.)

TRAITEMENT DE L'AGALACTIE.

Le Dr Wangh condamne d'une façon absolue l'emploi de l'alcool et de tous les stimulants (vins, bières, etc.), dont l'absorption amène, il est vrai, un afflux de lait dans les seins ; mais ce lait est aqueux, pauvre en principes nutritifs et nullement comparable à celui qui est produit par la digestion d'une nourriture saine.

Aucune drogue n'est comparable au *jaborandi*, quant au pouvoir de provoquer la sécrétion lactée. Ceci est tellement certain que l'on a pu découvrir des extraits de jaborandi falsifiés par l'absence de cette propriété.

Dernièrement, nous avons cru rencontrer l'indication bien précise de cette drogue. La mère, une femme forte pesant au delà de cent kilogrammes, était devenue de plus en plus corpulente après chacun de ses accouchements ; mais en même temps le lait avait beaucoup diminué. Il nous sembla rationnel de croire que si nous pouvions modifier la direction du courant nutritif et le concentrer sur les glandes mammaires, l'augmentation du lait sécrété s'accompagnerait d'une disparition plus ou moins notable de cette graisse inutile et gênante. Il y avait plus de deux semaines que le lait avait disparu. Nous administrâmes à cette femme dix gouttes d'extrait fluide de jaborandi, dose répétée toutes les quatre heures. Le lait reparut et aussitôt, pendant un certain laps de temps, tout alla très bien. Peu de semaines après, nous fûmes appelés en hâte auprès d'elle ; nous la trouvâmes alitée. Elle souffrait d'insomnies continuelles et d'une excitation nerveuse indescriptible ; elle nous confia qu'elle était possédée de l'idée fixe d'assassiner toute sa famille au moyen d'une hachette et elle nous suppliait de la mettre dans l'impuissance d'accomplir ce projet insensé. Nous supprimons l'administration du jaborandi ; aussitôt la sécrétion du lait s'arrête, et en même temps les phénomènes nerveux disparaissent.

DE LA NÉVRITE PUERPÉRALE.

Les troubles trophiques de l'état puerpéral sont encore à l'étude. Néanmoins les notions acquises dans ces dernières années sur la nature de l'intoxication puerpérale et l'efficacité des antiseptiques contre ses dangers permettent à juste titre de les comparer aux autres névropathies et encéphalopathies toxiques.

A ce point de vue, le mémoire de M. Mobius présente un intérêt indiscutable. Il montre, en effet, que dans la névrite puerpérale, comme dans d'autres névrites toxiques, les terminaisons nerveuses — (dans des observations, il s'agissait du nerf médian et du nerf radial) — sont altérées dans leur portion motrice et sensorielle, soit unilatéralement, soit parfois bilatéralement (*Munch. médicin. Wochens*. 1887, n° 9).

Ces manifestations ne sont pas nécessairement précoces ; elles peuvent apparaître pendant la puerpéralité et souvent après elle. Elles débutent subitement ; parfois une douleur en annonce l'instauration ; la guérison totale en est la terminaison prompte.

Bien que les observations qu'il rapporte soient celles de paralysie

des membres supérieurs, M. Mobius rappelle encore que les paralysies puerpérales affectent aussi les membres inférieurs. Dans ce cas, on peut soupçonner le rôle pathogénique d'une inflammation des tissus pelviens se propageant aux troncs nerveux du bassin. Au demeurant, dans l'étiologie de ces accidents, les rapports des myélites puerpérales avec ces névrites périphériques ne sont-ils pas analogues aux relations des paralysies saturnines avec les encéphalopathies de même origine ?

INTOXICATION PAR LE SUBLIMÉ DANS LA LAPARATOMIE.

Le docteur Kummel, de Hambourg (*Deuts. med. Voch.*) a employé le chlorure mercurique dans différentes opérations chirurgicales. Dans 170 grandes opérations, il se servait d'une solution à 1 pour 1,000 et il a noté un seul cas d'intoxication mercurielle. Les symptômes se montrèrent après une ablation des seins chez une malade obèse et se terminèrent en peu de jours. Depuis il s'est servi de solutions plus faibles, à 1 pour 5,000 et à 1 pour 10,000, et jusqu'à ces derniers mois, il n'a vu apparaître aucun symptôme de toxicité, bien que dans le nombre se trouvassent des enfants et plusieurs malades débilitées. Dernièrement, dans deux opérations péritonéales, l'usage du sel mercuriel a déterminé, sans conteste, une intoxication. A l'exception des vaporisations, Kummel dit avoir toujours pris les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Le premier de ces deux cas était une femme de 30 ans, très anémiée, chez laquelle la laparotomie fut faite en enlevant un myome interstitiel de l'utérus. Il employa la solution tiède à 1 pour 6,000. On n'avait remarqué rien d'anormal sur le siège de l'opération, mais sur le côlon ascendant et transverse il y avait plus de vingt endroits où la muqueuse était érodée.

Dans le second cas, l'abdomen fut ouvert, on enleva un papillôme de l'ovaire droit plus gros que la tête d'un enfant, et en même temps l'ovaire gauche hypertrophié et atteint. Après l'opération survint le collapsus, et la malade était dans un état tel que le jour suivant il devint nécessaire d'injecter 1,500 grammes de la solution saline normale dans la veine basilique gauche. L'état s'améliora un peu, les fèces furent pendant plusieurs jours mélangées de sang, les gencives et le palais se tuméfièrent. La malade revint à la santé.

Kummel admet, dès lors, que la solution de sublimé à 1 pour 5 ou

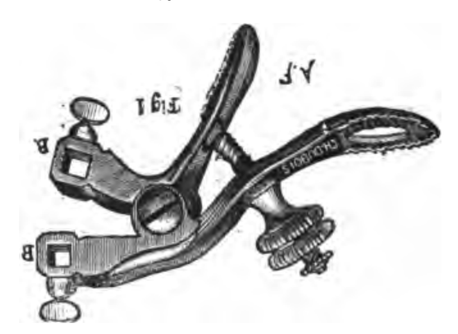
6,000 peut être employée sans inconvénients quand l'état du malade le permet. Mais quand il est anémique, faible, ou qu'il est atteint d'une affection quelconque des reins, il vaut mieux abandonner le chlorure mercurique et lui substituer les autres désinfectants tels que l'eau chlorée ou l'eau stérilisée.

(*Nouv. Remèdes.*)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Spéculum à valves amovibles de Ch. Dubois, modifié par le Dr Chéron.

Dans le n° de janvier 1888, nous avons décrit le nouveau spéculum à valves amovibles de Ch. Dubois. Cet instrument, d'un nettoyage facile, réunissant sous un petit volume trois spéculums (spéculum pour vierge, spéculum pour examen, spéculum pour opération) et six valves pouvant, à la rigueur et pour une exploration ou une intervention de courte durée, remplacer les valves de Sims, méritait d'être connu de nos lecteurs.



Après en avoir fait usage pendant quelque temps, le Dr Chéron ne tarda pas à s'apercevoir que la pièce porte-valves, partie essentielle de l'instrument, était défectueuse et d'un maniement difficile.

Cela résultait, à n'en pas douter, de la faible longueur des bras de levier exigeant une certaine force pour obtenir l'écartement nécessaire dans le cas où le col est volumineux et l'anneau vulvaire encore résistant. Cela résultait aussi du parallélisme des deux branches dont le rapprochement produit l'écartement des valves.

Il n'y avait plus qu'à modifier le porte-valve dans ce sens, et en comparant la fig. 1 que nous donnons aujourd'hui avec la même figure du numéro de janvier, le lecteur pourra se rendre compte de la façon dont ce double *desideratum* a été rempli.

Les valves, qu'on peut du reste varier à volonté comme largeur et comme longueur, n'avaient pas besoin d'être modifiées (fig. 2).

Il en est de même du manche qui permet de se servir des valves comme valves de Sims (fig. 3.)

Rappelons, en terminant, que le spéculum dont nous parlons facilite beaucoup l'examen des parois vaginales dans les cas de vaginite, de papillômes ou de tumeurs du vagin, et remplace très bien, à ce point de vue, le spéculum de Bouvret. Comme ce dernier également, il est très commode pour l'application de pinces, de ténaculums sur les lèvres du col, pour l'introduction de sondes à lavage dans la cavité utérine, etc. ; ceux-ci restant en place, on retire sans difficulté le spéculum, grâce à la fente latérale qu'il possède.

VARIÉTÉS

PHILOSOPHIE MÉDICALE. — Voici ce que nous relevons dans un journal australien :

« *Avis aux malades.* — Le Docteur John Smith a l'honneur d'annoncer à ses clients qu'il vient de découvrir, après une longue expérience, que la reconnaissance des malades fait toujours partie de leur maladie ; que son point culminant est lorsque la fièvre atteint son plus haut degré, qu'elle se refroidit pendant la convalescence et disparaît complètement au rétablissement ; qu'en conséquence, à partir d'aujourd'hui, les termes de payement sont changés : chaque visite sera payée au comptant et sans escompte. »

A force de soigner les corps, le docteur John Smith nous paraît avoir acquis une grande science du cœur humain. (*Cour. méd*).

—

Un grand praticien disait un jour à un jeune médecin : Courtisez, si vous le voulez, toutes les clientes de vos confrères ; jamais une des vôtres.

—

ANCIENNETÉ DE L'ANESTHÉSIE EN CHINE. — On a dit souvent que toutes nos découvertes, même les plus merveilleuses, ont vu le jour en Chine bien longtemps avant d'éclore en France. L'anesthésie, entre autres, était connue en Chine bien avant les travaux des médecins américains. Des preuves de ce fait ont été maintes fois données ; en voici une nouvelle. D'après le *Dental Luminary*, en examinant les livres chinois, à la librairie nationale de Pékin, on trouve la preuve formelle que les chirurgiens chinois se servent, depuis bien longtemps, des anesthésiques pour pratiquer des opérations. C'est à un médecin célèbre vivant au troisième siècle de notre ère qu'est due l'initiative de l'administration des anesthésiques. On se servait d'une préparation de chanvre qui, au bout de quelques moments, rendait le patient aussi insensible qu'un homme ivre mort ou passé à l'état cadavérique.

(*Chronique nouvelle.*)

—

Le *Canada Medical and Surgical Journal* rapporte l'histoire d'une femme de vingt-huit ans, enceinte pour la troisième fois, et

presque à terme, qui fut prise en chemin de fer d'une violente attaque de diarrhée. La jeune femme se rendit aux water-closets, qui font partie intégrante des trains en Amérique ; là elle expulsa si subitement son produit qu'il tomba à travers les orifices des water-closets sur la ligne. Le conducteur, attiré par les cris de la patiente, arrêta le train et alla ramasser l'enfant, qu'il trouva encore vivant à un mille au delà !

Si non è vero !

—

INFLUENCE DES PARFUMS. — Le professeur W. P. Ungerer fait remarquer dans le *Popular Science News*, que les parfums exercent une influence salutaire sur l'organisme humain, ainsi qu'il ressort clairement d'une série d'expériences faites par ses soins. Les parfums et les fleurs constituent un véritable agent thérapeutique de premier ordre, et en passant son existence dans une atmosphère parfumée, on préviendrait les affections des poumons, et arrêterait le développement de la consomption. Sept personnes soumises par le docteur américain à ce traitement odoriférant, ont recouvré assez rapidement la santé, quoiqu'elles aient été unanimement condamnées avant cette expérience.

A l'appui de sa thèse, le professeur Ungerer cite la ville de Grasse, en France, ce jardin de fleurs de l'Europe, où la consomption est très rare. Cette presque immunité serait due, d'après lui, aux vapeurs odoriférantes qui s'exhalent des distilleries.

Quelle que soit la valeur réelle de la thérapeutique du professeur américain, il faut avouer qu'elle ne manque pas de charme, et qu'elle est des plus agréables à suivre, dans toutes les circonstances de la vie.

J. DE P. S.

NOUVELLES

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Trachet est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Cochet, dont le temps d'exercice est expiré.

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE ZURICH. — M. le Dr E. Frankenhaüser, professeur d'obstétrique et de gynécologie, est mis à la retraite et remplacé par M. le Dr Wyder, privatdocent à Berlin.

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE WURZBOURG.— A la liste de présentation des candidats à la chaire vacante d'obstétrique et de gynécologie, il faut ajouter le nom de M. le professeur Fritsch (de Breslau).

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUDAPEST. — M. le Dr Szabo est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

—

PRIX TRIENNAL WILLIAM F. JENKS, DE 250 DOLLARS (1,250 fr.). — Ce prix sera décerné pour la première fois à l'auteur du meilleur travail sur « le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine ».

Le concours est international, mais les ouvrages envoyés ne doivent être faits que par une seule personne.

Les ouvrages doivent être écrits en langue anglaise; s'ils sont en langue étrangère, ils devront être accompagnés d'une traduction en anglais.

Ils doivent être envoyés au Collège des médecins, 13, th. and Locust Sts., Philadelphie, Pensylvanie, Etats-Unis, et adressés *avant le 1er janvier* 1889, à MM. Ellwood Wilson, MD. Chairman of the William F. Jënks Prize Committee.

Chaque travail doit être accompagné d'une devise et d'une enveloppe cachetée portant la même devise et contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Le comité renverra les ouvrages non récompensés s'il lui en est fait la demande pendant l'année.

Le prix pourra ne point être accordé si les ouvrages présentés paraissent insuffisants au comité.

—

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Dans sa réunion du jeudi 12 avril, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a voté l'adoption d'un projet d'installation, à la Maternité, de la nouvelle chaire de clinique obstétricale votée par la Faculté de médecine, et décidée en principe. Le projet voté par le conseil de surveillance permettra aux étudiants en médecine de faire, dans le cours de leur année, une moyenne de trois accouchements par élève.

—

Le cours complet et quotidien d'obstétrique, avec toucher et manœuvres, de M. le docteur Fournel, a commencé le lundi 30 avril, à 8 h. du soir.

On s'inscrit tous les jours, de 5 à 6 h., 165, rue Saint-Honoré (place du Théâtre-Français).

—

Arrestation d'un médecin a Vienne. — On télégraphie de Vienne (Autriche), que le célèbre médecin Horéarth, « dont la clientèle est essentiellement aristocratique », vient d'être arrêté sous l'inculpation d'avoir provoqué par ses manœuvres plus de deux cents avortements.

—

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Gouillioud est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-88, aide de clinique des maladies des femmes, en remplacement de M. Jubin, dont le temps d'exercice est expiré.

—

M. Vignal est nommé aide du laboratoire de clinique d'accouchements, en remplacement de M. Para, démissionnaire.

—

Un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1888, devant la Faculté de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

—

Quatre capitalistes anglais, MM. Morgan, Hambro, Gibbs et Rothschild, ont fait un don de 500,000 francs à la Société de secours aux femmes pauvres de Londres qui nourrissent leurs enfants.

—

Le *Ladie's Pictorial* assure que la ville de New-York compte, en ce moment, 450 femmes exerçant la profession de médecin (lady doctor). A Brooklyn et dans d'autres Etats, il y a un nombre plus grand encore de « doctoresses » quelques-unes gagnent à New-York en moyenne 2,000 liv. sterl. par an (50,000 fr.). Deux de celles-ci gagnent le double, et il y en a une — la plus en vogue — qui se fait *un revenu* de 125,000 francs.

BIBLIOTHÈQUE

—

I. **Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale**, par le Dr ROBERT BARNES et le Dr FANCOURT BARNES, traduit et annoté par le Dr A.-E. CORDES. — Paris, Masson, éd., 1886.

L'important traité d'obstétrique des Drs Barnes dont le Dr A. Cordes donne ici une traduction française, est un livre déjà classique ; le traducteur a supprimé, dans cette édition, toute la partie de l'ouvrage anglais concernant l'embryologie pour pouvoir le condenser en un seul volume et le rendre ainsi plus accessible aux étudiants. Mais, qu'on ne s'y trompe pas, ce traité s'adresse aux médecins non moins qu'aux étudiants ; le lecteur y trouvera toutes les qualités d'érudition, d'originalité et de sens pratique qui ont fait la fortune des autres œuvres des auteurs. Essayer de donner une analyse de ce livre est chose impossible ; disons seulement que, après une étude très complète des organes génitaux, MM. Barnes nous font suivre le processus de la gestation, de l'accouchement et de l'allaitement, puis sont successivement exposés : les signes et diagnostic de la grossesse et les états pathologiques qui la simulent, sa durée, les soins à donner à la femme enceinte, la grossesse anormale, les déplacements de l'utérus gravide, les maladies de la grossesse, les soins à donner au nouveau-né ; les chapitres suivants sont consacrés aux facteurs du travail, aux accidents du travail et de ses suites, à la mort subite et rapide pendant la grossesse, au travail et à l'état puerpéral, aux accidents de l'allaitement, et aux fièvres puerpérales ; enfin viennent l'arsenal obstétrical, la dystocie et les opérations obstétricales (forceps, version, embryotomie, opération césarienne, accouchement prématuré artificiel).

Nous ne pouvons qu'adresser nos compliments au Dr Cordes, auquel nous devons déjà de nous avoir fait connaître tant d'œuvres anglaises du plus haut intérêt, pour l'habileté et la clarté qu'il a su mettre dans la traduction de cet ouvrage dont nous ne saurions trop recommander la lecture aux médecins comme aux étudiants.

II. **Traité de pharmacologie, de thérapeutique et de matière médicale**, par T. LAUNER BRUNTON, adapté à la pharmacopée des Etats-Unis par Francis WILLIAMS, traduit de l'anglais sur la 3e édit., par Lucien DENIAU et Emile LAUWERS, tome I. Bruxelles, Manceaux, éd. 1888.

Ce premier volume est entièrement consacré à la pharmacologie générale et à la thérapeutique. Dans le premier chapitre, intitulé : Relations générales entre l'organisme et les substances qui l'affectent, nous signalerons surtout les pages consacrées aux rapports de l'isomorphine, de l'action spectroscopique, du poids anatomique, de la composition chimique, etc., avec leur action physiologique. Dans le chapitre III sur l'action des drogues, sur le protoplasme, le sang et les organismes inférieurs, nous trouvons un résumé intéressant sur les ferments, la lutte pour l'existence entre l'organisme et les microbes, l'iden-

tité possible des différentes variétés de bactéries, l'influence des agents médicamenteux sur les effets produits par les bactéries de l'économie animale. Dans des chapitres spéciaux est étudiée l'action des médicaments sur les invertébrés, sur les muscles, les nerfs, la moelle épinière, l'encéphale, les organes des sens, la respiration, la circulation, le système digestif, les échanges nutritifs, l'excrétion et le système génital. Enfin, les procédés d'administration des médicaments et les antidotes terminent ce volume de plus de 560 pages.

Toutes les fois que cela est nécessaire pour faciliter la compréhension du texte, l'auteur a mis des figures schématiques, des tracés, etc.; il a rappelé les notions physiologiques les plus importantes que le lecteur pourrait n'avoir pas présentes à l'esprit. En somme, il s'agit d'un travail très personnel, très original au moins dans la façon dont les faits sont groupés et présentés. Nous ne doutons donc pas qu'il reçoive un accueil très favorable du public médical français et nous attendons avec impatience la publication du second volume. Un reproche seulement : pourquoi avoir omis de mettre une table à la fin de ce livre ? Nous espérons que cette lacune importante sera bientôt comblée.

III. **Compendium de médecine dosimétrique ou de matière médicale**, par le Dr Albert Van Reiterghem. Paris, 1888.

Dans cet ouvrage, après avoir rappelé l'origine de la médecine dosimétrique à laquelle sont attachés les noms d'Everard et de Burggraeve, l'auteur étudie l'œuvre de Burggraeve, l'action thérapeutique des remèdes, la combinaison des divers modificateurs médicamenteux, la posologie des médicaments dosimétriques, les formes médicinales, l'absorption, l'élimination, l'accumulation et l'accoutumance, enfin la classification des médicaments. Après ce court préambule (47 pages), M. Van Renterghem consacre près de 900 pages à l'exposé de l'action, des modes d'emploi et de préparation suivant la formule dosimétrique d'un grand nombre de médicaments et spécialement des alcaloïdes ; il ne faudrait pas croire cependant que l'auteur soit absolument exclusif; on trouvera dans son livre de bonnes pages sur l'antipyrine, la nitro-glycérine, la thalline, etc., bien que ces agents thérapeutiques ne soient pas encore admis par M. Burggraeve en pharmacie dosimétrique.

Cette publication est digne d'éloges par la somme de travail qu'elle a nécessitée; sans admettre absolument la théorie générale défendue par l'auteur, on ne peut nier qu'il y ait plus d'une application thérapeutique utile à retenir dans ce traité.

IV. **Pharmacothérapie dosimétrique comparée**, par le Dr S. Laura, traduit de l'Italien par E. Gras. Paris 1887.

V. **Quelques indications thérapeutiques de Royat**, par le Dr Ed. Fredel. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

VI. **Les médecins à Pougues aux XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles**, par le Dr Paul Rodet (de Vittel), tome I. Paris. Lemerre, 1887.

VII. **Sur la création de laboratoires thermaux**, par le Dr Peyraud (de Vichy). Paris, Doin, 1888.

VIII. **Traité pratique et clinique d'hydrothérapie**, par E. Duval. (Sera analysé). Paris, J.-B. Baillière, 1888.

IX. **Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.** — *Clinique des maladies du système nerveux.* — Ce nouveau journal, qui paraît tous les deux mois, par fascicules de 38 à 42 pages, avec figures intercalées dans le texte et 8 planches, est publié sous la direction du prof. CHARCOT, par MM. Paul RICHER, GILLES DE LA TOURETTE et ALBERT LONDE. Nous souhaitons un prompt succès à ce nouveau journal.

X. **Etude sur les eaux minérales de Farette**, par feu le Dr A. TRÉSAL. — Paris 1888.

XI. **Du traitement des maladies chroniques de l'organe utérin par les eaux et boues de Dax**, par le Dr A. LARAUZA. — Bordeaux 1888.

XII. **De l'influence du traitement térébenthiné sur la richesse du sang en oxyhémoglobine et sur l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine**, par le Dr E. BRÉMOND fils.

La santé pour tous.

L'attention et la curiosité des gens du monde se portent de plus en plus vers tout ce qui concerne les moyens de prévenir ou de guérir les maladies : c'est à ce public soucieux de sa santé et désireux de connaître les plus récents progrès réalisés par l'hygiène, la médecine et la chirurgie, que s'adresse le **Dictionnaire de la Santé**, *illustré de* 600 *figures intercalées dans le texte, comprenant la médecine usuelle, l'hygiène journalière, la pharmacie domestique et les applications des nouvelles conquêtes de la science à l'art de guérir*, par le Dr Paul BONAMI, médecin en chef de l'hospice de la Bienfaisance.

Le **Dictionnaire de la Santé** se publie en 30 SÉRIES à 50 CENTIMES, paraissant tous les jeudis.

L'ouvrage complet formera un volume grand in-8 jésus à deux colonnes de 900 pages, illustré de nombreuses figures, choisies avec discernement, d'une exécution parfaite, et semées avec profusion dans le texte, dont elles facilitent l'intelligence, et à la clarté duquel elles ajoutent d'une façon très agréable pour les yeux.

On peut souscrire à l'ouvrage complet, qui sera envoyé franco chaque semaine, en adressant aux éditeurs, MM. J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris, un mandat postal de QUINZE FRANCS.

Toutes les sciences médicales ont trouvé place dans le **Dictionnaire de la Santé**, parce qu'elles forment un ensemble dont toutes les parties s'éclairent et se complètent mutuellement ; mais, tout en restant exact dans le fond, l'auteur s'est attaché à exclure de son langage ces termes à mine rébarbative qui effrayent les profanes.

Ce livre sera le guide de la famille, le compagnon du foyer, que chacun, bien portant ou malade, consultera dans les bons comme dans les mauvais jours.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

69. — Traitement de la dysménorrhée. — (Emile Goubert.)

1° Pour les jeunes filles :

Six ou huit jours avant l'époque présumée des règles, faire prendre, chaque jour, six des pilules suivantes, séparément :

Iodoforme	0,03 centigr.
Ext. de belladone	0,01 —
Asa fœtida	0,08 —

Pour une pilule.

2° Pour les femmes :

Prendre, matin et soir, dans une tisane d'armoise, une cuillerée à soupe du sirop composé (toujours six ou huit jours avant) :

Iodure de potassium	4 gr.
Teinture de safran	8 gr.
Sirop de belladone	100 gr.
Sirop d'écorce d'orange	(100 gr.)

M. S. A.

Deux ou trois jours avant les règles faire sur le col des insufflations d'iodoforme en poudre et mettre un tampon d'ouate iodoformée.
(*Rev. de thérap.*)

***

70. — Diarrhée infantile et son traitement par l'oxyde de zinc. — Cette affection dépendrait le plus souvent, d'après le Dr David J. Brakenridge, d'un état de faiblesse et d'excitabilité trop grande des centres nerveux qui président aux fonctions des glandes intestinales. Cette diarrhée sera d'autant plus abondante que cet afflux de liquides dans la cavité de l'intestin aura pour conséquence l'*indigestion* à cause du changement de rapport entre les aliments qui doivent être élaborés dans leur parcours à travers le tube digestif et les sucs qui doivent servir à cette élaboration (Trousseau), aussi s'accompagne-t-elle d'hyperhémie des surfaces sécrétantes du canal alimentaire.

L'influence saisonnière, en lui imprimant son cachet, a fait de l'entérite une entérite spéciale dont la gravité et la rapidité défient malheureusement trop souvent, dès le début, notre sagacité. Il faut donc opposer à ces symptômes alarmants une médication bien arrêtée et qui donne un résultat immédiat. L'oxyde de zinc est le seul médicament auquel nous ayons eu recours dans le traitement de l'athrepsie et les résultats qu'il nous a été donné de constater de son emploi nous ont fait négliger tous les autres médicaments. Comme nous l'avons dit précédemment, la préparation dont nous faisons usage pour les enfants est toujours la même pour tous :

Oxyde de zinc sublimé....................	3 gr. 50
Bicarbonate de soude....................	1 gr. 50
Teinture de ratanhia....................	20 gouttes
Sirop simple ou julep gommeux.........	20 gr.

M. s. a. faire prendre à l'enfant une cuillerée à café toutes les demi-heures jusqu'à cessation des vomissements et de la diarrhée.

En général, les vomissements cessent dès la première cuillerée, toujours après la seconde, et la diarrhée ne se reproduit plus après la troisième ou la quatrième cuillerée.

Nous avons eu bien rarement à refaire la prescription ; mais quand nous n'obtenions pas d'emblée la guérison, nous observions toujours une amélioration notable dans l'état du petit malade.

Depuis 1884, nous avons traité deux cent trente-quatre cas d'athrepsie qui, tous, se sont produits en juillet, août, septembre ; nous avons enregistré 11 morts, soit 4.7 pour 100. Nous pouvons donc nous applaudir des résultats acquis et nous sommes convaincus qu'ils sont tels parce que nous avons attaqué le mal dans ses racines et que nous avons, du même coup, empêché les complications de se produire.

***

71. — Uréthrotomie interne chez l'enfant. — Le Dr de Pezzer communiquait dernièrement à la Société de médecine un mémoire sur ce sujet, terminé par les conclusions suivantes :

1° Dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre chez l'enfant, l'uréthrotomie interne a ses applications comme chez l'adulte ; il n'y a pas de contre-indication à cette opération chez l'enfant ; elle peut être faite comme chez l'adulte.

2° L'instrument doit être proportionné tant dans son angle de

courbure que dans la longueur de la partie courbée à la courbure du canal ; l'angle et la longueur de la courbure variant par conséquent avec l'âge du sujet.

3° La galvanocaustie ne donne pas de résultats comparables : le peu de bénéfice qu'on retire de cette méthode n'en compense pas les inconvénients.

4° Lorsque le canal de l'urèthre est encore perméable, nous rejetons, chez l'enfant, la dilatation forcée et l'uréthrotomie externe qui sont dangereuses, alors que, depuis plus d'un an, le résultat de l'uréthrotomie interne et de la dilatation consécutive s'est maintenu chez nos deux malades.

5° Dans les cas où le conducteur de l'uréthrotome ne pourrait être introduit, l'uréthrotomie externe reste naturellement l'opération de nécessité.

***

72. — Traitement simple de la fissure à l'anus chez les femmes atteintes d'affections utérines. — Voici le moyen que propose notre confrère le Dr Créquy :

Après avoir ordonné à la malade d'aller tous les matins à la garde-robe, fût-ce à l'aide d'un lavement, le chirurgien introduit lui-même entre les lèvres de la fissure une très petite mèche de charpie (une vingtaine de brins) trempée de chloral au cinquième. Cette mèche est rejetée spontanément le lendemain, à la première selle, et remplacée ensuite par le même pansement.

***

73. — Des injections intra-utérines d'eau chaude avant la délivrance. — M. Vincent signale l'utilité de ces injections. Il attribue les beaux résultats qu'il obtient à l'antisepsie. Autrefois si, dix minutes après l'accouchement, le placenta n'étant pas sorti, on introduisait les mains ou des instruments dans l'utérus, l'infection suivait souvent ces manœuvres. M. Vincent proscrit absolument la délivrance artificielle et la supplée par des injections d'eau chaude. Même quand le placenta ne vient pas après plusieurs heures, il n'intervient pas, quelle que soit la cause de la rétention : inertie, adhérence, spasme, etc...

Les effets des injections d'eau chaude et de sublimé sont de maintenir les cavités utérine et vaginale dans un état absolument aseptique

et de provoquer le décollement et la chute du placenta par des actes réflexes. Cette asepsie permet au placenta de rester plusieurs heures et même plusieurs jours dans l'utérus sans amener d'infection. Ces injections doivent être faites toutes les 3 ou 4 heures, dans tous les accouchements où l'hémorrhagie n'existe pas ou est faible. La délivrance artificielle ne doit être faite que dans les cas de danger imminent, tels qu'une hémorrhagie abondante. Mais ces cas sont très rares.

M. Vincent a imaginé une sonde en verre, rectiligne. Elle doit appuyer sur la fourchette et non la face postérieure du col qu'elle dilate. Son extrémité interne remonte en haut, laissant au-dessous d'elle un espace considérable pour la circulation de l'eau. Il ne faut jamais introduire une sonde sans avoir chassé l'air qu'elle peut contenir. Les injections intra-utérines seront faites, non seulement dans la délivrance, mais toutes les fois que les eaux ne sont pas claires, et que l'on intervient avec le forceps ou avec la main.

74. — Traitement médical de la régression incomplète de l'utérus. — Pour remédier à la régression incomplète par suite de couches, M. Chéron a institué un traitement chirurgical, l'ignipuncture profonde à flèches nombreuses.

A côté de cela, il préconise le traitement médical suivant :

1° Emploi bi-quotidien de frictions chloroformées sur la région des reins ;

2° Bains salins ;

3° Enfin, prendre à chaque repas, dix gouttes de la préparation suivante :

Teinture de rhubarbe..............	30	grammes.
Vin stibié..........................	4	—
Acétate de potasse.................	8	—

75. — Geranium maculatum dans les hémorrhagies utérines (Egasse.). — Le geranium maculatum, signalé autrefois à l'attention des médecins américains par le Dr Barton, était tombé dans l'oubli. Le Dr Shœmaker, de Philadelphie, vient de reprendre cette étude.

Ce dernier considère le geranium maculatum comme étant sans

rival dans toutes les formes d'hémorrhagie et préconise particulièrement l'extrait fluide.

Dans les métrorrhagies, il recommande 20 gouttes d'extrait quatre fois par jour et des injections vaginales contenant une partie d'extrait pour trois d'eau. Il sera parfois nécessaire de tamponner le vagin avec du coton imprégné de la solution diluée ou de pratiquer avec elle des injections utérines qui doivent être faites avec précaution.

76. — Traitement des crevasses du sein. (Dr Monti.)

Gutta-percha........................	1 gr. 10.
Chloroforme pur, q. s..............	pour faire dissoud.

En oindre les points excoriés où se forme, en séchant, une pellicule qui ne se détache même pas après la tétée.

77. — Vomissements incoercibles de la grossesse. (Blumensaudt.)

R. Chlorhydrate de cocaïne...........	0 gr. 20
Teinture de badiane..................	àà 10 gr.
Alcoolat de menthe...................	
Sirop de cannelle....	30 gr.
Eau de tilleul........................	140 gr.

Ch. S. A. S. A prendre par cuillerées à dessert dans les 24 heures.

78. — Traitement de la constipation habituelle, par le docteur J. Althaus. — Le moyen employé a été préconisé par un médecin hollandais de Maestricht qui n'en avait pas donné la composition. Le docteur Anacker, de Château-Salins, ayant reconnu ses bons résultats, en fit l'analyse et se convainquit qu'il s'agissait simplement de glycérine, à laquelle on avait ajouté une préparation de ciguë et un sel de soude. Il s'assura ensuite que la glycérine seule avait les mêmes effets.

Althaus l'a également employée avec succès ; l'injection dans le rectum du contenu d'une seringue en verre (soit une cuillère à thé environ) amène une selle immédiatement ou après quelques minutes.

Il s'agit vraisemblablement d'une action irritative sur la muqueuse rectale, par soustraction d'eau amenant par réflexe des contractions péristaltiques du gros intestin. Le résultat est d'autant plus favorable que l'accumulation des matières fécales est plus considérable.

(*Lyon médical.*)

79. — Lotion contre le prurit vulvaire (Georges.)

R.	Borax..............................	5 gr.
	Lait de benjoin......................	40 gr.
	Décoction de feuille de noyer..........	500 gr.

Ch. S. A. S. Faire plusieurs lotions par jour.

80. — Des antiseptiques dans le travail. — Le Dr Walter R. Chase, de Brooklyn, dit que les injections vaginales faites pendant le cours du travail sont dangereuses parce qu'elles enlèvent le mucus qui revêt les parois vaginales, retardent par là le travail et exposent aux déchirures du col. Après le travail, l'injection n'est pas nécessaire et peut inutilement irriter la malade et même pénétrer dans l'utérus et la cavité péritonéale. La pyoémie et la septicémie se voient quelquefois quand on n'a pas fait usage d'injections, mais rien ne prouve qu'elles proviennent de cette abstention. Les cas dans lesquels les antiseptiques doivent être employés sont bien établis. La femme enceinte doit éviter les maladies contagieuses. Si elle s'y est exposée, elle doit changer immédiatement d'habits et prendre un bain antiseptique. Le médecin doit prendre les mêmes précautions. Les instruments doivent être trempés dans une solution antiseptique. Les injections antiseptiques ne devraient pas être employées dans ce travail normal jusqu'à sa terminaison. Leur usage doit être indiqué lors de cas compliqués, macération de fœtus, etc. De même quand il y a retention du placenta, déchirures du col ou du périnée. (*New-York State medical Society*, in *Medical News*, 6 février 1887.) G. Y.

***

81. — De la cocaïne en obstétrique, par M. Cantab. — La cocaïne, de quelque façon qu'elle soit administrée, peut rendre des services dans les vomissements incoercibles de la grossesse et, dans

quelques cas, elle s'est montrée supérieure à tous les autres remèdes. Durant les premières douleurs du travail, surtout chez les primipares, elle les rend moins pénibles, mais elle ne retarde, ni ne hâte leur apparition et, par suite, n'a pas d'effet sur la dilatation du col. Elle est sans utilité pour soulager les douleurs de l'expulsion, et celles causées par la pression de la tête sur le périnée.

Dans les gerçures du sein, elle diminue les douleurs qui se produisent quand l'enfant tète, mais ses effets sont de trop courte durée pour qu'elle rende des services sérieux. (*Th. Lancet*, 26 novembre 1887.)

***

82. — Collodion au salol pour gerçures du sein. —

Salol..............................	4 gram.
Ether..............................	4 —

Faites dissoudre, ajoutez :

Collodion élastique..................	30 gram.

***

83. — De l'albuminurie des femmes enceintes et son traitement, par M. Barker. — Il divise en deux classes les femmes enceintes atteintes d'albuminurie. Dans l'une, l'anémie, l'hydrémie prédominent. Dans l'autre, il y a de la pléthore et une activité anormale des fonctions de digestion et d'assimilation. Dans le premier cas il faut donner une nourriture fortifiante, tout en restreignant la qnantité des aliments azotés. Barker recommande beaucoup l'emploi de la glycérine et du perchlorure de fer. Dans quelques cas, le vin est souvent utile. Dans le second, la diète lactée recommandée par Tarnier rend de grands services. L'utilité des diurétiques est très douteuse, excepté celle des médicaments qui agissent sur la diurèse comme toniques du cœur.

Dans l'urémie, la saignée est à recommander, alors même que la malade est hydrémique. Quant au jaborandi et à la pilocarpine, Barker les a trouvés inefficaces et même dangereux. On avait pensé autrefois que les albuminuries d'une certaine durée et d'une grande intensité, ou avec coexistence de suffusion séreuse, indiquaient l'accouchement prématuré pour prévenir l'éclampsie. Barker pense que l'albuminurie, même à un haut degré d'intensité, ne justifie jamais

cette conduite, à moins qu'il n'y ait danger immédiat et que les autres moyens de traitement de l'albuminurie et de l'urémie n'aient donné aucun résultat.

L'éclampsie dans l'albuminurie serait moins redoutable qu'on ne l'avait cru. Une femme sur 25 femmes enceintes est albuminurique et les convulsions n'apparaissent qu'une fois sur 485 ou 500 cas. Il faut se rappeler que bien plus de la moitié des cas d'éclampsie surviennent pendant le travail, qu'il soit spontané ou provoqué, et plus d'un quart après la parturition. Barker croit qu'avec un traitement prophylactique approprié, l'albuminurie et l'urémie ne sont pas à craindre. Le médicament qu'il recommande est la *nitro-glycérine* qu'il donne toutes les 3 ou 4 heures. Elle a pour effet de diminuer rapidement la tension artérielle et de faire disparaître le spasme des petites artères cérébrales et rénales. Elle augmente ainsi indirectement l'activité fonctionnelle des reins et fait cesser merveilleusement l'excitation nerveuse. (*N. Y. Med. Rec.*, 11 février 1888, et *Rev. gén. de clin. et de thérap.*)

***

84. — Traitements des corps fibreux, d'après le Dr Albert (de Vienne). — Pour les corps fibreux de l'utérus, il recommande l'énucléation du myome, avec suture des parois de la poche à la peau ; dix-neuf opérations pratiquées par ce procédé lui ont donné une seule mort. Après ouverture de la cavité péritonéale, il applique autour de l'utérus une bande de caoutchouc ; puis, il incise la paroi utérine au devant du néoplasme, afin d'énucléer ce dernier. Une fois l'énucléation pratiquée, il faut rechercher soigneusement si la cavité utérine n'a pas été ouverte au cours de l'opération. Dans ce dernier cas, il vaut mieux faire l'extirpation complète de l'utérus ; de même encore si le corps fibreux est situé dans la paroi postérieure. Le procédé s'applique seulement aux corps fibreux situés dans la paroi antérieure.

***

85. — Emploi de l'antipyrine dans la pratique obstétricale. — Le docteur Ch. Milne (de New-York) emploie l'antipyrine avec succès comme soporifique et comme anodin ; il a recours à ce médicament presque exclusivement, de préférence à l'opium et à ses alcaloïdes, pour combattre la douleur et procurer le sommeil ; et la raison principale de cette préférence, c'est que l'antipyrine produit

un sommeil qui délasse, et diminue la souffrance sans laisser à sa suite des effets fâcheux. Il la trouve particulièrement utile dans les cas d'insomnie due à une fatigue excessive, ou d'épuisement par un travail trop prolongé, et contre les tranchées utérines après l'accouchement. Il l'administre ordinairement à la dose de 15 à 20 grains anglais (le grain anglais pèse environ 6 centigrammes) ; et il renouvelle cette dose au bout de deux heures, si c'est nécessaire. Mais la première dose amène presque toujours l'effet désiré. (*The med. Rec.*, 14 janv. 1888.)

86. — Traitement de la péritonite puerpérale. (Spillmann et Ganzinotty.)— Pour circonscrire la péritonite puerpérale, appliquer 8 à 10 sangsues *loco dolenti*, si la malade est vigoureuse ; des ventouses sèches, si elle est anémiée par des hémorrhagies antérieures. Glace plusieurs jours de suite sans interruption, pour diminuer le météorisme. — Les badigeonnages de collodion élastique étendus sur tout le ventre, agissent aussi contre la douleur. — Le sulfate de quinine est administré à titre d'antipyrétique, de sédatif et d'antiseptique, à la dose de un à deux grammes par vingt-quatre heures. L'opium, en même temps qu'il calme la douleur, fait cesser l'agitation générale et immobilise l'intestin. On le donne à l'intérieur et on l'administre en injection sous-cutanée. On commence par injecter un centigramme de morphine, et on répète l'opération plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet désiré. — Comme boisson, des eaux gazeuses, du vin de Champagne, de la bière, des grogs froids ou glacés, ou bien de la glace en nature. — Lavages antiseptiques de la vulve et du vagin. On fait même, si cela est indiqué, le lavage de la cavité utérine. On se sert pour cela d'une sonde à double courant, et d'une solution de bichlorure de mercure au deux-millième, après avoir préalablement introduit le spéculum. — S'abstenir au début d'onguent napolitain, de calomel, de vésicatoires et de purgatifs, qui, en exagérant la contraction intestinale, peuvent favoriser la généralisation de la péritonite.

87. — Usage interne et externe de l'ichthyol. — Le prof. Nussbaum (de Munich), a obtenu par l'usage interne de l'ichthyol des succès remarquables dans les maladies les plus diverses, telles que névral-

gies, douleurs osseuses, articulaires et musculaires, douleurs goutteuses, etc. Les malades prennent des pilules dont chacune contient 0 gr. 01 centigramme d'ichthyol. On commence par 2 × 2 pilules par jour pour arriver rapidement à 2 × 5 pilules. On peut même aller, si c'est nécessaire, jusqu'à 2 × 12 pilules. Dès que l'effet désiré est obtenu, on cesse l'emploi du médicament, pour ne pas s'y habituer. En cas de récidive, on commence d'emblée par la dose qui, dans le traitement précédent, a été reconnue active. L'ichthyol, même à hautes doses, n'a pas d'action nuisible. Ainsi Nussbaum en a plusieurs fois pris jusqu'à 5 grammes *pro die* sans ressentir rien de particulier.

Pour l'usage externe, Fischer recommande les deux formules suivantes :

1° Pommade contre les douleurs rhumatismales, articulaires, goutteuses ; contre le psoriasis, le prurigo et les brûlures :

Ichthyol........................	10 grammes.
Lanoline......................	90 —

2° Contre l'eczéma :

Ichthyol.......................	10 grammes.
Onguent de Diachylon...........	200 —

(*Wiener medizinische Wochenschrift.*)

88. — Traitement de la folie des femmes enceintes. (Pinard). — Lorsque la folie commence avec la grossesse, l'expectation peut faire tous les frais du traitement. Cependant, les toniques et l'hydrothérapie peuvent rendre des services ; la morphine est aussi quelquefois indiquée. Dans les cas d'hyperthermie crânienne, employer les vésicatoires et les cautères à la nuque, prescrire en outre des irrigations continues, avec le bonnet en tuyau de caoutchouc ou d'étain. — Rejeter la saignée et l'avortement provoqué. Ce dernier moyen, en faveur chez les Anglais, sacrifie l'enfant pour obtenir un résultat plus que douteux pour la mère.

(*Journal de Médecine de Bordeaux.*)

***

89. — Coqueluche. — (RUTHE.)

Acide phénique	0 gr. 05.
Alcool	0 gr. 05.
Teinture d'iode	V gouttes.
Eau de menthe	50 grammes.
Teinture de belladone	1 —
Sirop diacode	10 —

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

Les accès se réduisent bientôt à quatre ou six, et au bout de trois à quatre semaines il ne reste plus qu'un léger état catarrhal.

***

90. — Poudre emménagogue. — (YOUNT).

Poudre d'indigo	30 gram.
— d'armoise	15 —
— de gingembre	àà 5 —
— de valériane	
— de thériaque	

Délayés dans du sirop d'œillet rouge et mêlés, q. s. A prendre par cuillerées à café, de deux à quatre par jour.

***

91. — Fièvre puerpérale. — (WARBURG).

Sulfate de quinine	7 grammes.
Aloès hépatique	àà 40 —
Aloès bézoaire	
Racine d'angélique	0 gr. 10
Camphre	0 gr. 10
Safran	0 gr. 15
Alcool	100 grammes.

A la dose de 15 à 20 grammes par jour.

La teinture de Warburg est d'un emploi courant chez nos voisins d'Outre-Manche, qui lui attribuent un pouvoir antizymotique prononcé.

***

92. — Traitement de la coqueluche. (BOUCHUT.) — Ce traitement consiste dans une cautérisation du pharynx et de l'épiglotte,

pratiquée chaque jour avec un pinceau trempé dans une des deux substances suivantes :

1° R. Azotate d'argent cristallisé........ 1 gram.
Eau distillée........................ 30 —

F. S. A.

2° R. Acide phénique cristallisé......... 0 gr. 25
Eau distillée......................... 100 gram.

F. S. A.

Il ajoute à ces cautérisations l'emploi de l'un des moyens suivants:
Oxyde de zinc, 1 à 2 gr. par jour.
Ou sirop de belladone, 20 à 30 gr. (*Par. Méd.*)

***

93.— Formules pour l'emploi de l'hydrate d'amylène. — On sait que l'hydrate d'amylène est un hypnotique qui a l'avantage de ne pas affaiblir le cœur. Pour cette raison il est indiqué surtout chez les cardiaques, les phthisiques, les anémiques, les convalescents, et dans les insomnies liées aux affections utérines à la dose de 3 à 5 grammes.

Fischer (*Neuere Arzneimittel*) recommande les formules suivantes :

1° Hydrate d'amylène......... 7 grammes.
Eau distillée............. 60 —
Extrait de réglisse.......... 10 —

Prendre la moitié en se couchant.

2° Hydrate d'amylène......... 6 grammes.
Chlorhydrate de morphine... 0 g. 02 centigr.
Eau distillée............. 60 grammes.
Extrait de réglisse......... 10 —

Prendre la moitié en se couchant.

3° Hydrate d'amylène......... 5 grammes.
Eau distillée............. 50 —
Mucilage de gomme arabique. 20 —

Pour lavement.

4° Hydrate d'amylène......... 4 grammes.
Chlorhyd. de morphine...... 0 gr. 015 mil.
Eau distillée............... 50 grammes.
Mucil. gomme arabique..... 20 —

Pour lavement.

* * *

94. — Pâte contre l'eczéma de la vulve. — (Lassus.)

Acide salicylique pulv...........	1 à 2 grammes.
Oxyde de zinc pulv............. }	ãã 12 gr. 50 centigr.
Amidon pulv................... }	
Vaseline pure.................	25 grammes.

Mêlez avec soin, et faites une pâte que l'on étend sur la peau, pour combattre l'eczéma généralisé, à la fois papuleux et squameux, ainsi que l'intertrigo des enfants. On couvre la région de coton, après la friction. (*L'Union médicale.*)

* * *

95.— Pommade contre le prurit de la vulve.— (Goodel.)

Acide phénique.................	4 grammes
Sulfate de morphine.............	0 gr. 60 centigr.
Acide borique...................	8 grammes.
Vaseline.......................	60 —

F. s. a. une pommade avec laquelle on fera des onctions plusieurs fois le jour, dans le but de calmer le prurit de la vulve. — Avant chaque onction nouvelle, on lavera la région avec une éponge imbibée d'eau très chaude.

* * *

96.— Des injections sous-cutanées d'ergotine, par Bumm. — Bumm est d'avis qu'il faut absolument laisser de côté les parois abdominales comme siège de l'injection et choisir de préférence la région fessière, beaucoup plus tolérante et bien moins douloureuse. Il tient en second lieu à ce que les injections soient d'un faible titre pour ne pas être irritantes.

L'aiguille devra être enfoncée sans hésitation jusque dans les muscles de la fesse, comme on le fait d'ailleurs depuis quelques années pour les injections de calomel et de sublimé chez les syphilitiques. (*Centralblatt für Gynecologie*, n° 23, 1887.)

97. — Du traitement des flexions utérines ; pessaire ou intervention chirurgicale. — Cette question de pratique gynécologique est souvent l'objet de discussions. Néanmoins, on se

demande encore quelle conduite on doit tenir dans un cas grave de flexion utérine ?

M. Routh essaye d'y répondre dans le numéro du 13 octobre dernier, du journal *The Lancet*. Dès l'abord, il se déclare partisan du pessaire et le préfère comme moyen de choix à l'intervention chirurgicale dont les résultats ne sont pas toujours ceux que l'on espère. C'est d'ailleurs là une question d'indications.

Quand doit-on prescrire les pessaires ? Jamais, s'il existe de la métrite. Toujours, quand l'utérus est volumineux, élargi et adhérent sur une large surface, ou maintenu par des ligaments très relâchés. Alors, en effet, on ne peut espérer grand succès ni de l'hystérorhaphie, ni de l'opération d'Alexander Adam.

Pour être efficace, l'emploi du pessaire doit être longtemps continué à la condition de ne pas comprimer l'utérus, ni surtout le point au niveau duquel siège la flexion. M. Routh adopte l'usage du redresseur à tige, s'il existe un rétrécissement du col. Par contre, l'oophoraphie lui paraît utile quand les adhérences sont résistantes. Au demeurant, M. Routh adopte une opinion moyenne, et en cela s'accorde avec la plupart des praticiens.

98.— Du traitement de la vaginite et de l'endométrite blennorrhagiques. — M. Broese, d'après les préceptes de Rheinstaedter, traite le catarrhe utérin, surtout le catarrhe blennorrhagique par des cautérisations intra-utérines faites au moyen du chlorure de zinc (chlorure de zinc et eau distillée ââ). Il pense, comme Rheinstaedter, qu'en présence d'un catarrhe du col, on n'est jamais sûr que la muqueuse utérine ne soit pas comprise dans ce même processus inflammatoire et qu'on se trouve dans la nécessité de cautériser non seulement le canal cervical, mais aussi la muqueuse intra-utérine. Il est un fait, c'est que les érosions et l'endométrite guérissent avec une rapidité étonnante, lorsqu'on a eu soin de toucher la muqueuse utérine avec la solution indiquée plus haut, et ce sont précisément les endométrites blennorrhagiques, si rebelles à tout autre traitement, qui sont le plus favorablement influencées par une cautérisation.

Broese cite un cas d'une endométrite existant depuis huit ans, qui fut guérie par seize cautérisations intra-utérines. Dans la plupart des cas, dix à douze cautérisations suffisent.

Les bâtonnets d'iodoforme n'auraient pas, d'après l'auteur, d'action

marquée sur l'endométrite blennorrhagique ; par contre, ils opéreraient très favorablement sur la vaginite blennorrhagique ; c'est ainsi que la poudre d'iodoforme dont on saupoudre le vagin ou bien plus encore le tamponnement à la gaze iodoformée donnerait des résultats trèssatisfaisants ; il arriverait ainsi qu'au bout de quatre ou cinq jours, lorsqu'on retire le tampon, on constaterait parfois du premier coup la guérison complète de l'affection. (*Centralblatt fur Gynaekologie*, n° 45, nov. 1887, et *Journal de médecine de Paris*.)

99. — De la gelsémine en obstétrique et en gynécologie, par M. Freeman. — C'est à titre d'analgésique contre les douleurs irrégulières, qui précèdent l'accouchement, et contre celles qui le suivent, ou bien contre les névralgies ovariennes ou dysménorrhéiques que l'auteur conseille le gelsémine et son principe actif.

La *teinture de gelsémium* est administrée de deux en deux heures par prises de 5 à 30 gouttes jusqu'à la dose quotidienne, peut-être très élevée, de 3 à 4 grammes. La *gelsémine* est prescrite par prise de 5 à 10 milligrammes et jusqu'à 30 ou 45 milligrammes par jour. Au delà, on peut provoquer des accidents : gêne de la marche, diplopie, etc., etc., comme le montre M. Freeman. Au demeurant, c'est à titre de calmant que ce médicament rendrait quelques services. Ajoutons qu'on l'a, en France, du moins, associé au Viburnum prunifolium pour diminuer les douleurs de la dysménorrhée. (*Ann. Journ. obst.*, mars 1888.)

FORMULAIRE

—

Les scarifications du col dans la congestion de l'utérus.

(J. Chéron.)

La congestion paralytique de l'appareil utéro-ovarien est le premier terme de toute affection utérine; lorsqu'elle est établie en permanence, elle conduit à l'œdème et à l'engorgement; elle représente la

première période de la métrite parenchymateuse ; c'est sous son influence que se produit l'arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement à terme ou après la fausse couche ; c'est elle aussi qui détermine l'augmentation de volume des tumeurs fibreuses, etc., etc. On comprend par suite combien il est important de la combattre par tous les moyens possibles : médicaments spinaux, révulsion le long du rachis, injections vaginales chaudes, pansements osmotiques et scarifications du col.

Ces dernières sont d'autant plus nettement indiquées qu'elles seules ont le pouvoir de faire une déplétion considérable susceptible de permettre aux vaisseaux de l'appareil utéro-ovarien de reprendre leur tonicité lorsque celle-ci est réveillée par l'emploi de médicaments vaso-constricteurs, ou par les autres moyens que je viens de rappeler. On comprend par conséquent que les scarifications du col jouent un rôle de premier ordre dans le traitement de la congestion utérine et par suite de la plupart des affections de la matrice qui sont développées et entretenues par la congestion.

L'instrument dont je me sers pour pratiquer ces scarifications consiste en un bistouri à deux lames très aiguës, très étroites et à double tranchant.

Le col ayant été mis à nu à l'aide du spéculum, le museau de tanche nettoyé et débarrassé des mucosités qui le recouvrent (ce qui doit se faire avec de la ouate hydrophile antiseptique), on ponctionne la muqueuse un certain nombre de fois (5 à 20), sans faire pénétrer le scarificateur dans le parenchyme sous-jacent. On obtient ainsi 30 à 40 grammes de sang, quantité suffisante pour faire une bonne déplétion sans aucun danger pour la malade, fût-elle faible et anémiée.

Lorsque l'on prend soin d'avoir un instrument toujours bien aseptique, et lorsque l'on fait suivre la scarification d'un lavage avec une substance antiseptique et coagulante des matières protéiques, comme l'acide picrique, cette petite opération peut se pratiquer avec une entière sécurité. Elle doit être suivie de l'application d'un pansement glycériné qui protège le col contre toute absorption de germes venus de la cavité utérine ou du canal vaginal et qui continue et maintient l'effet déplétif produit par la scarification.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. Un nouveau procédé de périnéorrhaphie.
II. Manuel opératoire des injections d'eau chaude.
III. La quinine dans les rétentions des annexes après l'avortement.

I. — Lawson Tait a imaginé récemment un procédé de périnéorrhaphie qui se recommande à l'attention des gynécologistes par sa simplicité, sa rapidité d'exécution et le petit nombre d'instruments qu'il exige, aussi bien que par ses excellents résultats.

Ce procédé s'applique, avec quelques modifications, aussi bien aux ruptures complètes du périnée qu'aux ruptures incomplètes ; je ne parlerai cependant que de l'opération pour déchirure incomplète, persuadé jusqu'à plus ample informé que le procédé d'Emmet reste et restera longtemps encore le procédé de choix, le seul qui rétablisse d'une façon certaine et constante les fonctions du sphincter anal. Les détails que je vais donner sont empruntés à une excellente analyse faite par le Dr Auvard (1) d'un mémoire complet dû au Dr Saenger (2) sur ce sujet.

(1) *Archives de Tocologie*, mai 1888.

(2) Ueber perineorrhaphie durch Spaltung des Septum recto-vaginale und Lappendilbung. — (*Volkmann's Sammlung Klinischer Vortrage*, 1887. —*Gynækologie*, n° 85.)

Les préparatifs : lavements, bains, injections vaginales, tampon iodoformé, antisepsie de la région, sont les mêmes que pour toutes les opérations de ce genre.

Des ciseaux coudés à partir de l'articulation, de façon que les manches fassent un angle obtus avec la partie active des ciseaux, une longue aiguille à manche faiblement recourbée, du fil d'argent fort, une petite aiguille courbe avec porte-aiguille, du fil de soie, du catgut fin, des pinces hémostatiques constituent à peu près tout l'arsenal nécessaire.

La malade étant mise dans la position de la taille, deux aides écartant les lèvres vulvaires, on fait saillir en avant la paroi postérieure du vagin en plaçant dans le rectum un tampon de gaze iodoformée enduit de vaseline et armé d'un fil. Deux doigts de la main gauche introduits dans le rectum vont permettre à l'opérateur de surveiller constamment l'action des instruments.

Au milieu de la distance qui sépare la commissure postérieure de la vulve de l'anus, ou autrement dit au milieu de ce qui reste du périnée, on enfonce la pointe des ciseaux tenus horizontalement, sur la ligne médiane et d'avant en arrière ; on divise ainsi le septum recto-vaginal au milieu de son épaisseur, d'abord à gauche, puis à droite, après avoir fait tourner les ciseaux sur eux-mêmes. La section transversale doit avoir 3 cent. 1/2 à 4 cent.; elle est limitée, de chaque côté, par une section verticale, qu'on peut faire également avec les ciseaux, et qui part d'en bas pour arriver au point d'union des grandes et des petites lèvres. L'ensemble des incisions représente par suite la figure géométrique suivante [___] dans laquelle les lignes verticales ont 2 cent. 1/2 à 3 cent.

Lorsque la section de la cloison recto-vaginale est terminée, il reste, du côté rectal, une plaie d'avivement de forme quadrilatère et, du côté vaginal, un lambeau qui se recoqueville en vertu de son élasticité et forme un demi-cercle irrégulier. La surface d'avivement n'est pas tout à fait lisse ; quelques coups de ciseaux la régularisent. Si quelques artérioles donnent du sang, le pincement et la torsion suffisent presque toujours (Saenger) ; au besoin, on ferait quelques ligatures au catgut fin.

La plaie ayant été lavée avec une solution antiseptique, on procède à l'application des sutures au fil d'argent fort. Quatre fils sont placés avec l'aiguille à manche entrée dans la plaie elle-même *en dedans* de son bord gauche, glissant transversalement dans les tissus et sortant au point symétrique du bord droit, toujours *en dedans* de la surface d'avivement. Le point le plus élevé doit passer dans la cloison recto-vaginale un peu au-delà du point où elle a été dédoublée. Ces fils sont noués entre les lèvres de la plaie, et les bords de la peau viennent se réunir sur la ligne médiane. Lawson Tait se contente des sutures profondes, les ouvertures extérieures faisant, d'après lui, un drainage utile, puisque les fils d'argent sont obligés de sortir par la plaie. Saenger croit cette précaution inutile pour ceux qui font de l'antisepsie, et place 4 à 6 sutures superficielles pour que la réunion soit plus parfaite.

Pansement iodoformé sur la plaie. — Evacuation de l'urine par la sonde pendant les trois premiers jours. — Enlèvement des fils superficiels le 7e jour et des fils profonds le 14e. A ce moment, la malade peut se lever.

Tous les procédés de périnéorrhaphie donnent de bons résultats ; mais celui que je viens d'exposer est de tous le plus simple et le plus rapide, et par suite il doit être préféré à tous les autres.

II. Nous avons exposé, à maintes reprises, les avantages de l'eau chaude en obstétrique et en gynécologie ; cette question, bien que connue de nos lecteurs, est cependant d'une telle importance pratique qu'il ne sera peut-être pas inutile de résumer à nouveau le manuel opératoire des injections d'eau chaude.

Quelle est la position à donner à la malade ? Cette position ne *doit* pas être fatigante, l'injection devant forcément durer un certain temps, 6 à 10 minutes au moins, lorsqu'on veut obtenir les effets hémostatiques de l'eau chaude, ou faciliter le travail de l'accouchement, un quart d'heure, une demi-heure ou même davantage lorsqu'on recherche les effets résolutifs d'exsudats péri-utérins (Emmet, Chéron), ou le ralentissement du développement des tumeurs inopérables du col (Chéron). Par suite, la position la meilleure est le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses fléchies

sur le bassin, celui-ci légèrement soulevé pour qu'on puisse glisser sous le siège un bassin en caoutchouc muni d'un tube de déversement.

Comme instruments, il suffit d'avoir un thermomètre centigrade à flotteur, un récipient d'eau quelconque et un siphon en caoutchouc terminé par une canule, si on doit faire l'injection vaginale ou par une sonde à double courant : sonde de Bozeman et Fritsch, de Schrœder, sonde en fer à cheval, sonde dilatatrice à lavage de Chéron (1), sonde de Fauquez (2), etc., si on doit faire l'injection intra-utérine. Cette dernière est surtout indiquée dans les endométrites, dans les rétentions placentaires après l'accouchement ou l'avortement, dans les métrorrhagies graves et comme précaution antiseptique avant et après toute intervention portant sur la cavité utérine (raclage, myomotomie, ablation de polypes, etc., etc.)

La quantité du liquide varie naturellement suivant la durée que doit avoir l'injection. La température sera différente suivant les cas : dans le lavage intra-utérin, une température de 38° est suffisante d'après mon maître, le Dr Chéron, lorsqu'on veut simplement nettoyer la cavité utérine ; dans les hémorrhagies, il faut que l'eau soit aussi chaude que la malade peut la supporter (45° à 50°).

La nature du liquide est enfin assez variable ; le plus souvent on a recours aux antiseptiques, sublimé à 1/4000e, acide phénique et acide borique à 1 ou 2 %, acide picrique à 1 ‰, résorcine à 1 ‰. Ces dernières substances, peu utilisées par la plupart des gynécologistes, mériteraient d'être employées d'après les résultats que je leur ai vu donner entre les mains de M. Chéron ; la résorcine aurait, d'après mon savant maître, une action particulièrement remarquable dans le traitement palliatif de l'épithélioma du col ; malheureusement son prix élevé ne permet pas de la conseiller dans tous les cas.

III. Puisque nous faisons aujourd'hui une revue de thérapeu-

(1) *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, février 1888.

(2) *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1887.

tique gynécologique, je terminerai par l'indication d'un médicament chaudement recommandé par le Dr A. Cordes (de Genève) dans les rétentions des annexes fœtales à la suite de l'avortement (1). Ce gynécologiste distingué n'a jamais eu besoin de recourir au raclage pour extraire les débris ovulaires demeurés dans l'utérus, car il a toujours obtenu leur expulsion complète, en bloc, par l'administration du sulfate de quinine à la dose (un peu élevée, il est vrai) de 2 gr. par jour. Le moyen est facile et à la portée de tous les praticiens, les seules précautions à prendre concurremment étant de maintenir l'antisepsie des voies génitales et la dilatation du col.

J. B.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr Chéron.

De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

NEUVIÈME LEÇON (*suite*)

LES ECTROPIONS DU CANAL CERVICAL.

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service.

Sommaire. — Il existe deux formes d'ectropion du canal cervical : 1° Ectropion dû au renversement des lèvres du col qui entraîne au dehors la muqueuse du canal (Ectropion par renversement); 2° Ectropion dû au boursouflement et à l'œdème sous-muqueux de la muqueuse du canal cervical (Ectropion par prolapsus).

Description de l'ectropion par renversement : col en champignon ; déchirure du col ou simplement fissures de l'orifice externe ; caractères de la muqueuse en ectropion d'après l'examen au spéculum. Plis de l'arbre-de-vie, surface humide et d'une coloration rouge intense, quand l'ectropion n'a pas été cautérisé. Effacement des plis de l'arbre-de-vie, modification de la couleur et de l'aspect humide lorsque la surface a été cautérisée ; c'est alors par le toucher et par l'existence d'une saillie plus ou moins globuleuse qu'on reconnaît l'ectropion.

(1) *Un utéro-sédatif et un utéro-moteur*, par le Dr Cordes. — Paris, Steinheil, 1888. (L'utéro-sédatif dont parle M. Cordes est le viburnum prunifolium sur lequel nous avons plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs, notamment dans les nos de décembre 1885 et d'avril 1886.) (J. B.)

Description de l'ectropion par prolapsus ; accidents réflexes graves qui peuvent indiquer son apparition : observation. Caractères révélés par le toucher : masse globuleuse au début, plus tard étalée sur les lèvres du col et reconnaissable à sa mollesse spéciale ; l'examen au spéculum donne les mêmes signes physiques que dans l'ectropion par renversement.

Symptomatologie des ectropions : augmentation de la surface sécrétante ; douleur ombilicale ou gastrique provoquée par le toucher ; part importante que prend l'ectropion dans les troubles locaux et généraux accusés par les malades atteintes d'endométrite.

Diagnostic différentiel des ectropions avec les ulcérations, les végétations du col, les chancres et les syphilides et avec l'épithélioma.

Pronostic en général sérieux au point de vue des accidents réflexes qu'il peut produire et surtout au point de vue de la prédisposition au cancer créée par l'ectropion : opinion de Breisky, de Schultze, d'Emmet et de Schrœder.

Marche lente ou rapide suivant les cas. — Durée indéfinie à moins de traitement rationnel. — Terminaison possible par production de cancer.

Traitement préventif : Celui de l'endométrite cervicale.

Traitement curatif de l'ectropion par renversement : opération d'Emmet, opération de Schrœder, galvano-caustie chimique, cautérisation potentielle, excision par la galvano-caustie thermique.

Traitement curatif de l'ectropion par prolapsus : au début, lorsqu'il forme masse globuleuse, excision au bistouri ; plus tard, lorsqu'il est étalé, ignipuncture ou galvano-puncture profondes.

Nécessité des soins consécutifs pour prévenir les accidents inflammatoires immédiats (utérins et péri-utérins) et pour diriger la réparation des pertes de substance.

Après vous avoir exposé, aussi longuement que je l'ai fait dans la dernière leçon, l'histoire des déchirures du col, j'espère que vous comprendrez, sans difficulté, ce qu'on appelle les ectropions du col, ou mieux du canal cervical.

Il existe, vous ai-je dit, deux formes d'ectropions du canal cervical.

La première forme s'observe dans les cas où l'orifice externe du col est largement ouvert, soit qu'il se soit produit, après un accouchement ou une fausse-couche, une de ces déchirures profondes que je vous décrivais dernièrement, soit qu'il y ait eu seulement rupture ou distension des fibres circulaires du parenchyme du col. Dans ces conditions, l'une des lèvres du museau de tanche seulement ou les deux lèvres simultanément se ren-

versent au dehors et mettent à nu, sur une étendue plus ou moins grande, la muqueuse du canal cervical. C'est l'*ectropion par renversement.*

Lorsque l'orifice externe du col possède, au contraire, un anneau musculaire intact, ainsi que cela s'observe chez les nullipares, la muqueuse du canal cervical boursouflée, tuméfiée et plus ou moins décollée par l'œdème sous-muqueux, ne peut pas, il est vrai, repousser en dehors les lèvres du col, mais elle essaie de s'échapper hors de la cavité qui l'enserre et, au prix des phénomènes douloureux locaux ou de phénomènes réflexes plus ou moins graves, elle finit par venir faire masse globuleuse sur les lèvres du col. C'est le prolapsus du canal cervical, ou mieux, pour conserver à la question son unité, l'*ectropion par prolapsus*.

L'ectropion par renversement n'est pas difficile à reconnaître, dans la majorité des cas. Si vous pratiquez le toucher, vous constatez d'abord que l'orifice externe est entr'ouvert, fissuré ou plus ou moins déchiré. Tout autour de l'orifice, soit sur une des lèvres, soit sur les deux lèvres à la fois, vous sentez une surface plus ou moins inégale, plus ou moins grenue, mais en même temps douce et molle comme du velours, tandis que, à la périphérie, vous retrouvez le col avec sa consistance normale ou même avec une consistance exagérée. Quand le doigt s'est habitué à toucher les ectropions,les erreurs sont très rares, car la sensation n'est pas du tout la même que celle donnée par le ramollissement du col pendant la grossesse (grossesse ordinaire ou grossesse fibreuse) ; elle est différente aussi de celle qui caractérise l'œdème et la congestion du col...; en un mot, on ne peut la définir, mais on arrive assez vite à la reconnaître. Abandonnant l'extrémité du col, le doigt suit chacune des lèvres depuis la périphérie jusqu'à l'insertion du vagin ; il constate alors que le muscau de tanche a une forme de champignon renversé, ou une forme de clochette ; qu'en d'autres termes, il est plus large à son extrémité libre qu'au niveau de sa jonction avec le corps de l'utérus.

L'examen au spéculum ne fait que confirmer les résultats four-

nis par le toucher vaginal. Le col paraît volumineux, son orifice externe se montre plus ou moins large, plus ou moins déformé, et autour de celui-ci, sur une étendue plus ou moins grande, on voit une surface plus rouge que le reste du col, légèrement saillante, d'aspect humide, présentant des inégalités, qui rappellent les granulations et les papilles observées sur d'autres muqueuses, et surtout sillonnés de plis longitudinaux et des plis transversaux, perpendiculaires les uns sur les autres, qui ne sont autre chose que les ramifications de l'arbre-de-vie. Ce dernier caractère est pathognomonique des ectropions du canal cervical.

Tel est l'état du col lorsque la malade n'a subi aucun traitement local ; alors, il n'y a qu'à regarder pour faire le diagnostic. Il n'en est plus de même si de nombreuses cautérisations ont été pratiquées avec le nitrate d'argent ou d'autres caustiques assez énergiques pour effacer les plis de l'arbre-de-vie, etc., pour détruire l'épithélium cylindrique et le remplacer par un épithélium pavimenteux. Dans ces conditions, l'examen au spéculum pourrait faire croire que le col est simplement augmenté de volume, mais ne présente aucun ectropion sur les lèvres.

Vous ne vous y laisserez pas tromper, Messieurs, car vous pratiquerez toujours un examen complet, et quand le toucher vous aura appris, d'une façon certaine, qu'il existe un ectropion, vous interrogerez la malade et vous apprendrez qu'elle a subi des cautérisations qui ont pu modifier la surface de la lésion, la dissimuler pour l'œil, mais qui n'ont pas été assez profondes pour détruire toute l'épaisseur de la muqueuse du canal cervical étalée sur les lèvres du col.

Dès lors, vous saurez que, sous la couche d'épithélium pavimenteux due au traitement : 1° il est resté des glandes hypertrophiées et hyperplasiées qui continuent leur sécrétion morbide ; 2° il est resté des nerfs et des ganglions nerveux susceptibles de porter le trouble dans le fonctionnement des organes éloignés lorsqu'ils sont soumis à une irritation mécanique un peu vive. En conséquence, l'ectropion persiste dans ses éléments les plus importants et tout ce qu'on a fait jusque-là est d'une utilité à peu près nulle.

Il ne se passe guère de semaines, en effet, sans que j'aie l'occasion de vous montrer des ectropions anciens, plus ou moins dissimulés à la vue et faciles à reconnaître au toucher. Les malades nous racontent qu'elles sont soignées depuis un temps plus ou moins long et que leur état reste à peu près le même qu'au début du traitement. Nous analysons alors ensemble le cas clinique, nous recherchons quelle est la lésion principale, et, s'il s'agit d'une évolution morbide de la muqueuse du canal cervical sans autre complication, nous pouvons promettre la guérison. Pour l'obtenir, que faisons-nous ? L'expérience nous a démontré que les ectropions anciens doivent être complètement détruits, aussi nous ne nous attardons pas à continuer les cautérisations superficielles au nitrate d'argent, à la teinture d'iode, voire même au fer rouge appliqué à plat. Nous pratiquons, le plus tôt possible, l'excision complète de l'ectropion au bistouri ou au galvano-cautère, ou bien nous le détruisons dans toute sa profondeur au moyen de l'ignipuncture ou au moyen du caustique de Filhos, et alors seulement nous sommes certains du succès. Il est très rare qu'une malade convenablement opérée d'un ectropion, dans notre service, y revienne pour la même lésion ; celles qu'on se contente de traiter par les soins médicaux ne sont jamais longtemps sans revenir, jusqu'à ce qu'elles se décident à accepter l'intervention nécessaire.

L'ectropion par prolapsus se reconnaît par le toucher vaginal qui montre, sur un col conique ou cylindrique, mais non renversé en champignon, l'orifice externe restant normal ou même sténosé, une masse plus ou moins globuleuse au début, plus tard étalée et moins saillante, ayant les caractères de la muqueuse du canal cervical avec ses inégalités et sa mollesse spéciale. L'examen au spéculum donne aussi les mêmes signes physiques que dans l'ectropion par renversement, sauf précisément l'absence de déformation du col. Ce qu'il y a de spécial, c'est la marche de l'affection et les crises douloureuses souvent atroces qui coïncident avec l'apparition de l'ectropion par prolapsus. Je n'en veux

pour preuve que le cas suivant, dont j'ai déjà parlé dans une autre leçon :

Ectropion volumineux de la muqueuse cervicale, échappé brusquement d'un col conique à canal très étroit. — Accidents dysménorrhéiques graves. — Ablation de l'ectropion et débridement du canal cervical.

« La nommée Blanche N., âgée de 24 ans, entre dans le service le 16 octobre 1885, avec le diagnostic *métrite purulente.* Elle est pâle, les yeux tirés ; elle a l'aspect d'une personne qui a souffert. Elle se plaint de nausées fréquentes et de vomissements et demande à garder le lit. Elle n'a jamais eu ni enfants ni fausse couche. Pendant six ans, elle a été bien réglée. A la suite d'un refroidissement qu'elle prit pendant ses règles, celles-ci furent supprimées et remplacées par une congestion de la gorge avec fièvre. Depuis lors, elle commença à souffrir de violentes coliques utérines au moment des époques, qui avancèrent pendant quelque temps et aujourd'hui retardent au contraire de quelques jours.

« Dans les premiers mois, ces coliques étaient supportables ; mais maintenant elles sont atroces ; le sang s'écoule par flots intermittents ; à ce moment, la violence de la douleur est telle que la malade en arrive à s'évanouir après avoir poussé des cris arrachés par l'acuité de la souffrance.

« Lorsque les règles sont terminées, elle se trouve soulagée pour quelque temps ; mais il lui reste un sentiment de lassitude très grand et un écoulement séro-purulent, qui dure huit à dix jours.

« Sa santé est perdue ; les nausées presque continuelles qu'elle éprouve l'empêchent de se nourrir. Il est survenu une constipation opiniâtre, un état nerveux très pénible qui l'empêche de dormir et de se livrer au travail.

« L'examen de l'utérus nous donne, au toucher, un col conique, mesurant au moins cinq centimètres de longueur, très sensible au toucher ; l'utérus, qui semble de dimensions normales, ne présente rien de particulier ; il est mobile.

« Au spéculum, le col est d'un rouge violacé ; l'orifice cervical est très étroit et permet à peine l'introduction de la sonde qui, butant sur un premier bourrelet à une profondeur de un centimètre, se trouve arrêtée de nouveau par un bourrelet infranchissable, à une profondeur de deux centimètres.

« Il est permis d'affirmer par cet examen et les symptômes accusés par la malade, que la lésion est bien localisée dans le col, et qu'il y a là une muqueuse cervicale tuméfiée par la pression exagérée que lui fait subir une congestion avec œdème, que la coloration, l'aspect, la sensibilité et la température intra-utérine (38°6) permettent d'apprécier.

« Nous laissons la malade en repos, et nous faisons, deux fois par semaine, des pansements glycéro-boriqués et des scarifications jusqu'au retour des règles. Le premier jour, elles s'ouvraient par une crise de névralgie lombo-abdominale et de névralgie utérine avec battement dans les tempes, turgescence de la face et vomissements.

« Après une crise très intense de deux heures, un caillot gros comme un œuf de pigeon est expulsé avec une douleur tellement vive qu'elle produit un évanouissement. A partir de ce moment, tout malaise cesse et l'écoulement menstruel continue sans douleurs.

« Deux jours après, les règles sont passées, la malade vient au cabinet de visite disant qu'elle se sent mieux et qu'il y a bien des mois qu'elle n'a souffert aussi peu longtemps à l'époque menstruelle.

« L'examen au spéculum nous montre une masse rouge, de la grosseur et de la forme d'un bouchon de liége, d'une longueur de plus de deux centimètres et d'une largeur à peu près égale, percée d'un orifice à son extrémité, représentant le méat cervical. Sur la surface de cette masse se voient des sillons et des colonnes rouges convergeant vers une ligne médiane, représentant l'arbre de vie de la muqueuse du canal cervical, hyperhémiée et par places privées d'épithélium.

« Ainsi, c'était bien au boursouflement de la muqueuse du canal cervical, enserrée dans cet organe, qu'étaient dus les acci-

dents dysménorrhéiques que la malade avait éprouvés pendant plusieurs années, cette preuve étant donnée par l'évolution de la muqueuse propulsée brusquement au dehors pendant les dernières époques menstruelles, propulsion favorisée par le repos, les pansements et les scarifications.

« Les règles une fois passées, la malade se lève, va et vient, se promène, descend dans la cour de l'hôpital, n'éprouvant plus de crises de coliques, mais seulement des douleurs dans la région lombo-sacrée. C'est plutôt un sentiment de contusion qui s'irradie vers les aines et qui résulte du contact de la hernie de la muqueuse avec le plancher du vagin.

« Les règles surviennent et les crises d'autrefois ne reparaissent pas ; la malade éprouve seulement quelques coliques.

« Il ne restait plus que deux indications à remplir :

« 1° L'ablation de cet ectropion, de ce prolapsus de la muqueuse cervicale ;

« 2° Le débridement bilatéral de ce canal long et étroit.

« Huit jours après les règles, nous pratiquâmes l'opération suivante :

« L'ectropion (prolapsus), saisi avec des pinces à griffes, est détaché à son union avec le col, à l'aide du petit bistouri à avivement et à lame mobile de Sims. Etant donnée la forme de cet ectropion, cette ablation, facile, fut terminée avec une grande netteté.

« Un tampon sec d'ouate hydrophile est appliqué aussitôt pour arrêter le sang. Lorsque ce dernier résultat eut été obtenu après quelques minutes de tamponnement, je pratiquai le débridement du canal cervical à l'aide de la serpette du thermo-cautère et de la sonde à cannelure latérale.

« A l'aide de la seringue de Brown, on fait un lavage de la cavité cervicale avec une solution aqueuse d'acide picrique à saturation et on place sur le col un pansement glycériné.

« La malade fut remise dans son lit, et deux jours après, lorsque le ramollissement et la suppuration de l'eschare commencèrent à s'effectuer, j'introduisis, en faisant le pansement quotidien, un bourdonnet de charpie imbibé de solution picrique,

entre les lèvres de la section, afin de maintenir leur écartement ; cette précaution fut prise, tous les deux jours, jusqu'à la cicatrisation, qui s'effectua complète dans l'espace de cinq semaines. »

La symptomatologie des ectropions tient en quelques mots. Je n'ai pas à vous refaire, en effet, le tableau de l'endométrite cervicale qui coïncide avec les ectropions, ou plus exactement, qui les précède et leur donne naissance. Tout ce que j'ai à vous dire, c'est que tout ectropion représente une augmentation considérable de la surface sécrétante, ce qui se traduit par une leucorrhée beaucoup plus abondante que pendant la première période de l'affection. Quelquefois le toucher détermine une vive douleur dans la région gastrique et autour de l'ombilic et réveille les troubles réflexes dont se plaint la malade ; c'est que tout ectropion est aussi bien que pour la surface sécrétante, une augmentation de la zone réflexogène de l'utérus, puisqu'il vient exposer aux frottements vaginaux une muqueuse habituellement contenue dans la cavité du col et par là même protégée. Si, dans certains cas, l'apparition au dehors de l'ectropion, comme dans l'observation que je viens de citer, amène un soulagement marqué dans la plupart des symptômes, c'est que l'ectropion a fait cesser la compression que les deux faces du canal cervical exerçaient l'une sur l'autre. Mais l'amélioration n'aurait été que temporaire si nous n'avions pas détruit l'ectropion et si nous ne l'avions pas ainsi soustrait aux causes d'irritation périphérique tels que le frottement contre les parois du vagin, pour ne citer que la principale, celle dont l'action est continue. Il semble bien établi actuellement que l'ectropion joue le rôle le plus important dans la plupart des troubles locaux ou généraux accusés par les malades atteintes d'endométrite.

Le diagnostic différentiel de l'ectropion avec les ulcérations simples du col est ordinairement facile, puisque l'examen au spéculum permet à tout œil un peu exercé de constater si l'on se trouve en présence d'un col partout recouvert d'épithélium ou s'il existe une desquamation épithéliale ou même une perte de

substance plus ou moins profonde. Nous aurons, du reste, à revenir sur ce point lorsque nous décrirons les *ulcérations* du col ; qu'il me suffise, pour le moment, de vous dire que le nombre des ectropions non ulcérés est beaucoup plus considérable que celui des ulcérations et qu'enfin toute ulcération simple est précédée d'un ectropion, qu'en un mot ulcération simple du col et ectropion ulcéré sont deux expressions synonymes. Il faudrait faire un examen bien superficiel pour confondre les *papillômes* ou végétations du col avec un ectropion ; la forme des végétations, leur coloration, leur consistance, la présence de petites tumeurs analogues le long du vagin et à la vulve ne permettent pas une erreur de ce genre, sans parler des symptômes généraux qui ne se ressemblent nullement dans les deux affections.

Certaines *syphilides secondaires* peuvent en imposer pour un ectropion au début, par exemple lorsqu'il s'agit de syphilides érythémateuses ou papuleuses ; les syphilides érosives doivent être discutées au contraire à propos des ulcérations du col. Les syphilides non érosives ne sont pas douloureuses ; elles sont rarement assez étendues pour simuler un ectropion un peu volumineux ; elles siègent indifféremment au pourtour du méat ou à la périphérie du col ; leur durée est éphémère relativement à celle des ectropions ; il est rare, enfin, qu'elles se localisent exclusivement sur le col et alors on trouve sur d'autres muqueuses ou sur le tégument externe des lésions syphilitiques caractéristiques et emportant le diagnostic.

Les *chancres du col* sont franchement ulcéreux (chancre mou) ou simplement érosifs (chancre induré) ; en tout cas, c'est avec les ulcérations qu'on pourrait les confondre et non avec l'ectropion simple dont nous parlons aujourd'hui.

Le diagnostic différentiel entre l'ectropion et l'*épithélioma au début* peut présenter, dans quelques cas, des difficultés réelles : aussi ne sera-ce pas trop d'une leçon pour traiter ce sujet. Laissez-moi vous dire, pour le moment, que si vous êtes embarrassés, vous ne devez pas hésiter à enlever une petite portion du tissu suspect et à la soumettre à l'examen histologique qui tranchera la question.

L'ectropion du canal cervical auquel on ne porte pas remède amène des conséquences qui permettent de porter un pronostic d'autant plus fâcheux que cette affection reste plus longtemps sans traitement.

En effet, la muqueuse cervicale représente le point réactionnel par excellence de l'appareil utéro-ovarien. Toutes les lésions de cette muqueuse, aussi légères qu'elles soient, donnent lieu à des réflexes plus ou moins graves.

Nous trouvons dans le travail d'Engelmann (1) sur les névroses menstruelles un certain nombre d'observations où ces accidents réflexes se sont développés sous l'influence de l'endométrite. Comme il nous a été donné d'observer un grand nombre de cas de ce genre, permettez-moi de vous en citer un intéressant entre tous les autres (2) :

« Je reçus, il y a quelques années, la visite d'une dame âgée de 40 ans, atteinte de crises hépatiques fréquentes avec congestion du foie, en rapport, disait-elle, avec une maladie de matrice consécutive à un accouchement datant de vingt années.

« Elle disait la matrice guérie depuis longtemps et s'étonnait de voir ses crises hépatiques augmenter de fréquence et d'intensité, son amaigrissement prendre des proportions inquiétantes et quelques crachats sanguinolents apparaître de temps, après une quinte de toux. Elle désirait savoir si la matrice, comme elle le supposait, n'était plus le siège d'aucune lésion, parce qu'elle se rappelait que, quelques années auparavant, son état général ne s'était amélioré que sous l'influence du traitement de la maladie de matrice dont elle ignorait alors l'existence.

« L'examen de l'utérus nous fit reconnaître la présence d'un ectropion volumineux (prolapsus), gros comme une noix, formé par la face antérieure du canal cervical propulsée au dehors.

« L'indication se présentait, nette et précise, de pratiquer l'ablation de cet ectropion ; mais étant donné le mauvais état général de la malade, je ne voulus pas intervenir chirurgicalement, avant

(1) Loc. cit.

(2) Jules Chéron, *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* mars 1886.

de m'être concerté à ce sujet avec un confrère distingué, M. Huchard, qui voulut bien venir examiner avec moi la malade.

« Du côté du poumon droit, nous trouvâmes des craquements humides et des cavernules au haut et en arrière. Le sommet du poumon gauche était le siège d'une congestion à laquelle on pouvait attribuer les crachements de sang, répétés depuis quelques semaines. Le foie débordait les fausses côtes de quatre travers de doigt vers la région épigastrique.

« L'ablation de l'ectropion fut approuvée, voire même conseillée par notre confrère, et l'opération fut résolue. Un évidement de deux centimètres de profondeur fut pratiqué avec le couteau galvanique. Toutes les précautions habituelles furent prises : séjour au lit, glace sur l'hypogastre, pansements quotidiens, bromure de potassium, aconit, sulfate de quinine. Tout se passa bien et deux mois plus tard la cicatrisation était complète.

« Pendant tout ce temps-là, d'abord, il n'y eut pas de crises hépatiques, la dyspnée disparut et aucun crachement de sang ne se produisit pendant cette période.

« A la fin du troisième mois depuis l'opération, M. Huchard et moi, nous nous retrouvâmes auprès de la malade. Notre confrère fut très frappé de la grande amélioration survenue dans l'état local aussi bien que dans l'état général : plus de craquements humides dans le poumon droit, plus de congestion dans le poumon gauche, plus de crises hépatiques. plus de dyspnée, plus de toux,ni de crachements. En somme, une véritable résurrection.

« La malade fut engagée à continuer le traitement reconstituant qu'elle suivait déjà depuis longtemps, et qui était resté sans résultats avant l'intervention chirurgicale du côté de l'ectropion de la muqueuse du canal cervical.

« Je revois la malade de temps en temps ; sa santé se maintient et elle n'a eu qu'une seule crise hépatique depuis 2 ans ; rien de nouveau ne s'est produit du côté des poumons. L'état général reste satisfaisant.

« Voilà donc une malade atteinte, sans hérédité, de lésions pulmonaires de la forme la plus grave que nous jugeons déve-

loppées sous l'influence d'une maladie utérine : ectropion globuleux de l'une des faces de la muqueuse du canal cervical.

« L'amélioration survenue du côté du poumon, sous l'influence de l'intervention chirurgicale, démontre ce que pouvait devenir cet organe, si on ne fùt pas intervenu du côté de l'ectropion. »

Le pronostic de l'ectropion, considéré au point de vue des accidents réflexes qu'il peut produire, est donc très grave dans certaines circonstances ; aussi ne faut-il pas perdre de vue que toute lésion concomitante d'organes éloignés doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation du pronostic des altérations de la muqueuse du canal cervical.

(*A suivre.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE

Par PAUL-DAVID COQUARD.

Ex-interne des Hôpitaux de Lille, Lauréat de la Faculté de Lille, Aide d'anatomie pathologique à la même Faculté.

(*Suite.*)

—

Grâce à l'obligeance de M. le professeur Hallez, nous avons eu à notre disposition des membranes dysménorrhéiques se rapportant à cinquante-deux époques menstruelles différentes, et ayant été expulsées par le sujet de notre première observation.

L'examen de toutes ces membranes, à part quelques divergences insignifiantes, nous ont donné des résultats complètement identiques, de sorte que nous pouvons englober tous ces produits dysménorrhéiques dans une description commune.

Quand la membrane est expulsée en totalité, elle affecte la forme d'un ballon ou mieux d'un sac triangulaire représentant exactement, comme dimensions et comme volume, le moule de la cavité utérine. Les trois angles du triangle sont plus ou moins

largement ouverts; l'orifice situé à l'angle inférieur est le plus considérable; il correspond au canal cervical, tandis que les deux autres répondent aux embouchures des trompes.

Ces orifices présentent des bords minces, lacérés, déchiquetés; ils conduisent dans une cavité commune qui n'est autre que la cavité utérine, renfermant souvent un liquide sanguinolent.

La face interne de cette poche offre un aspect lisse et laisse voir, à la loupe, une quantité innombrable de petits pertuis : les orifices des glandes de l'utérus.

La surface extérieure du sac est au contraire inégale, tomenteuse, couverte de caillots plus ou moins volumineux, qui lui donnent une coloration rougeâtre.

Débarrassée du sang par l'immersion prolongée dans l'eau, elle prend une teinte blanchâtre et se montre comme hérissée de petites houppes, formées, comme nous le verrons plus loin, par le tissu du chorion de la muqueuse dilacéré au niveau du plan où s'est effectué le décollement de cette membrane.

Notons, en passant, qu'on peut observer quelquefois une disposition inverse, ce qui tient tout simplement à ce que la muqueuse, déjà détachée dans sa partie supérieure et adhérente encore aux environs du col, se retourne sur elle-même en doigt de gant, sous l'influence des contractions utérines.

Mais la muqueuse n'est pas toujours expulsée en totalité ; le plus souvent elle s'en va par lambeaux beaucoup plus petits, variant d'ailleurs à l'infini comme nombre et comme dimensions ; en les adaptant les uns aux autres, on peut, dans bien des cas, reconstituer le moule de la cavité utérine.

Ces lambeaux présentent un aspect toujours identique : roulés sur eux-mêmes, ils sont rouges et doivent cette coloration aux caillots qui les entourent et avec lesquels on peut les confondre au premier abord ; après le lavage, ils apparaissent sous la forme de lames minces, à bords déchiquetés, et dont l'une des faces, celle qui répond à l'épithélium utérin, est lisse, tandis que l'autre, correspondant à la déchirure du chorion, est tomenteuse et couverte de saillies irrégulières.

Les débris membraneux que nous avons examinés présen-

taient une épaisseur maxima de trois-quarts de millimètre ; dans d'autres cas ils étaient tellement minces qu'ils avaient une transparence complète. Examinés, après durcissement dans la gomme et l'alcool et coloration par le picrocarmin, ils nous ont présenté tous une structure identique :

L'épithélium (fig. 1-2 *e*) est en partie conservé, en partie des-

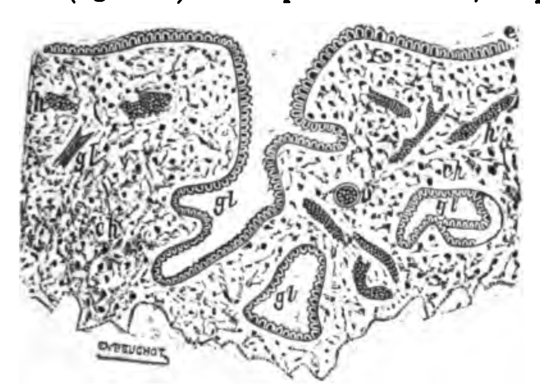


Fig. 1. — *Coupe d'une membrane dysménorrhéique* Gr. = 50/1.

e — Epithélium.
gl — Glandes.
ch — Chorion de la muqueuse.
v — Vaisseaux.
h — Hémorrhagies interstitielles.

quamé ; il affecte une forme cylindrique basse, presque cubique, et n'est constitué que par une seule rangée de cellules dont la hauteur est de 10 à 12 μ. Leur largeur, mesurée par le diamètre des noyaux, est de 8 μ en moyenne ; dans les plus gros élé-

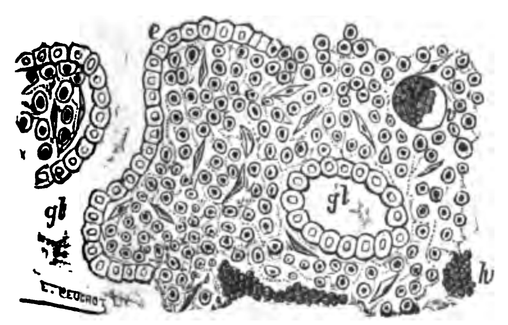


Fig. 2. — *Coupe d'une membrane dysménorrhéique* Gr. = 200/1.
(Les lettres ont la même signification que pour la figure 1).

ments, elle peut atteindre 15 μ, tandis que pour les plus petits elle descend jusqu'à 6 et même 5 μ. Cet épithélium se continue dans les glandes (Fig. 1, *gl*) qui paraissent irrégulièrement dilatées, les orifices étant généralement assez étroits. En certains points, les gaines épithéliales en doigts de gant qui revêtent ces glandes, se prolongent jusqu'à la surface d'arrachement où on les retrouve sous forme de petits lambeaux ou de manchons cylindriques plus ou moins saillants. Dans les parties profondes, les épithéliums glandulaires sont plus épais, prismatiques, et atteignent une hauteur de 18 μ.

Tous ces épithéliums ont un protoplasme granuleux, un noyau grenu, sphérique ou ovale, à grand diamètre vertical, présentant quelquefois un nucléole distinct ; nous n'avons jamais trouvé trace de plateau ni de cils.

Quant aux conduits glandulaires, ils paraissent vides ; on n'y trouve aucune trace optique d'une sécrétion quelconque; à peine y peut-on apercevoir quelques rares cellules desquamées et des globules du sang.

Le chorion de la muqueuse (Fig. 1 *ch*) est pareil à celui de la muqueuse utérine en dehors de l'état de gestation. Il est formé

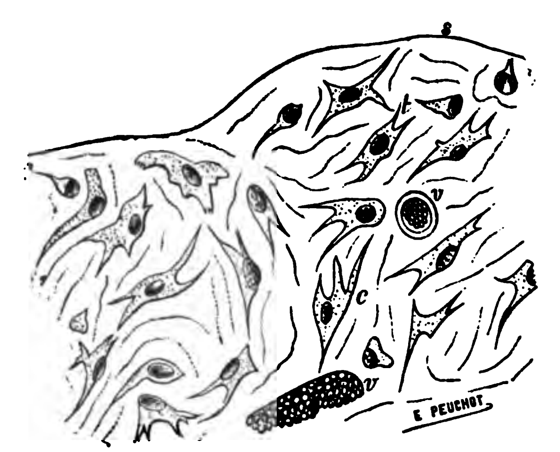


Fig. 3. — *Coupe d'une caduque au 2e mois* Gr. = 200/1.

s — Surface privée de son épithélium.
v — Vaisseaux.
c — Cellules de la caduque.
t — Surface fondamentale du chorion.

par des cellules serrées, les unes petites, arrondies, ayant le volume et l'aspect de leucocytes, les autres plus volumineuses pouvant atteindre jusqu'à 30 μ, indépendamment des prolongements qu'elles émettent. Ces éléments sont polygonaux par pression réciproque, ou enchevêtrés, mélangés d'éléments plus petits, et plongés dans une substance fondamentale assez rare à ce niveau. Ils sont entremêlés de quelques éléments de tissu conjonctif ordinaire avec prolongements fibrillaires plus ou moins nets. Beaucoup d'éléments cellulaires présentent des traces manifestes de division nucléaire.

On remarque, outre les capillaires gorgés de sang, de nombreux foyers hémorrhagiques en dehors des vaisseaux.

Notons, avec Gautier, de Genève, que quelquefois « aux portions plus ou moins considérables de la muqueuse utérine, s'ajoutent, sous forme d'appendices, des fragments de la muqueuse vaginale ou de celle de la portion vaginale du col. » (Obs. de vaginite épithéliale de Farre, Tyler Smith, Graily Hewitt, Cohnstein).

Les membranes de notre seconde malade (au nombre de 5) avaient exactement la même constitution anatomique, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les décrire séparément.

D'après cette description, on voit que les membranes de dysménorrhée vraie ne sont pas sans offrir quelque analogie avec la caduque de la grossesse. Dans les deux cas on a sous les yeux la muqueuse utérine exfoliée et imbibée de sang, lisse et criblée d'orifices glandulaires sur une de ses faces, irrégulièrement déchirée sur l'autre ; et l'on comprend que les deux ordres de produits aient pu être confondus par les observateurs qui se contentaient de la simple inspection à l'œil nu, malgré l'épaisseur généralement beaucoup plus considérable de la caduque. Par contre, l'examen histologique ne permet guère d'hésitation à cet égard. Il est vrai que les épithéliums tant superficiels que glandulaires présentent à peu près les mêmes modifications ; les vaisseaux sont également gorgés de sang. Mais les membranes desquamées dans la dysménorrhée sont parsemées de foyers hémorrhagiques interstitiels qu'on ne trouve pas dans la caduque et, d'autre part, cette dernière montre, principalement dans sa couche superficielle, un

abondant réseau capillaire de nouvelle formation, qui fait défaut dans la muqueuse prise en dehors de la gravidité, soit à l'état de repos, soit l'état de la muqueuse cataméniale. Les caractères différentiels les plus tranchés sont fournis, comme l'a fort bien indiqué Wyder, par les éléments propres du chorion. Suivant cet auteur, la trame de membranes de dysménorrhée présente la constitution de la muqueuse utérine au repos : cellules petites et serrées, à forme arrondie, dans les couches superficielles, avec peu de substance fondamentale ; éléments fusiformes et étoilés interposés à des faisceaux lamineux de plus en plus abondants à mesure qu'on se rapproche des couches profondes avoisinant la musculeuse. Lorsqu'il y a des modifications structurales, elles tiennent à l'inflammation concomitante et se réduisent à une filtration de cellules jeunes généralement groupées en îlots au voisinage des vaisseaux ou formant une sorte de manchon autour de ces derniers.

Comme on le voit, il n'y a là rien qui rappelle les grandes cellules polymorphes de la caduque, d'un aspect si caractéristique et dont les prolongements ramifiés s'étendent au loin dans une matière amorphe extrêmement abondante dont l'hypergenèse explique l'épaississement rapide de la muqueuse dès les premiers temps de la gestation.

D'après nos propres observations, ces différences ne sont pas toujours aussi accentuées que l'indique la description de Wyder. Dans bien des cas on trouve dans les membranes une hypertrophie notable des éléments propres du chorion, ainsi qu'une augmentation très sensible de la substance fondamentale. Cependant les modifications sont bien moins prononcées que dans la caduque de la grossesse. Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire dans nos figures 2 et 3 l'aspect du tissu propre de la muqueuse examiné comparativement dans une caduque d'avortement du milieu du deuxième mois et dans une membrane de dysménorrhée. Pour donner une idée exacte de la structure de la caduque, nous transcrirons la description faite par Messieurs Tourneux et Hermann dans l'article *Utérus* du Dictionnaire des sciences médicales :

« Sur les membranes d'un œuf expulsé vers le milieu du deu-

xième mois (diamètre de l'œuf : 4 centimètres) on constate les particularités suivantes : la caduque vraie, examinée en dehors de l'insertion placentaire, a une épaisseur totale de 5 millimètres. La séparation s'est opérée dans la couche spongieuse, comme le prouve manifestement l'aspect criblé et rugueux de la face externe. Sur les coupes, on voit les glandes déchirées dans leur continuité, et le bord de la préparation est irrégulier et comme déchiqueté du côté qui répond à la surface d'arrachement. Le tissu de la caduque est essentiellement formé par une substance fondamentale homogène, transparente, englobant les cellules propres et traversée par les vaisseaux et les conduits glandulaires. Les fibres lamineuses et les corps fibro-plastiques ordinaires du tissu conjonctif n'existent qu'en très petit nombre ; en bien des points il est même impossible d'en constater la présence. Les cellules déciduales ont, pour la plupart, une forme étoilée, à longs prolongements ramifiés s'anastomosant d'une cellule à l'autre ; en général, elles sont aplaties parallèlement à la surface libre. Plus rarement, on en trouve d'arrondies ou de polygonales à angles étirés en prolongements courts, se terminant brusquement en pointe. Elles sont plus volumineuses et aussi plus espacées dans la couche superficielle où leur diamètre moyen, abstraction faite des prolongements, est de 20 à 30 μ.

« Indépendamment des cellules déciduales, on trouve, de distance en distance, de petits éléments arrondis, parfois isolés, plus souvent groupés par traînées ou par îlots, principalement au pourtour des vaisseaux et des glandes. Ils mesurent de 6 à 12 μ de diamètre, présentent fréquemment deux ou trois petits noyaux de forme variable, et se rapprochent beaucoup par leurs caractères morphologiques des leucocytes qu'on observe également en assez grand nombre à l'intérieur des vaisseaux. Ils répondent aux éléments embryoplastiques dont parle Robin, et il semble qu'on doive les considérer comme des corpuscules migrateurs. En certains points, ils paraissent être en contact immédiat avec l'épithélium des tubes glandulaires. Ce dernier n'est conservé que dans la partie profonde où il offre le type pavimenteux ou cubique ; dans la portion qui avoisine la surface, il a disparu.

» Examinée près de la sérotine, vers le point où elle va se réfléchir sur l'œuf, la caduque vraie a conservé son épithélium formé de cellules pavimenteuses (hauteur : 10 à 12 μ) presque entièrement remplies par leur noyau sphérique, volumineux. Cet épithélium se prolonge à l'intérieur des glandes où il subit diverses modifications. Tantôt il s'aplatit notablement ; d'autres fois, au contraire, les cellules s'allongent et prennent la forme de cylindres peu élevés (hauteur : 20 μ) dont le sommet arrondi fait saillie dans la lumière du canal. En quelques points, la ligne qui répond à la face externe de l'épithélium se déforme, quelques-unes des cellules paraissent s'entasser sur deux ou trois rangées, de façon à pénétrer dans la trame sous-jacente de la muqueuse. Cette dernière est particulièrement riche, dans la région que nous indiquons, en grosses cellules déciduales arrondies ou polyédriques, à angles mousses, mesurant en moyenne 40 μ de diamètre, et séparées par des intervalles de matière amorphe homogène qui n'égalent pas leur propre épaisseur. Il existe également une multitude d'éléments embryoplastiques, et la face profonde du lambeau détaché est criblée de nombreuses cavités glandulaires qui, toutes, sont pourvues de leur revêtement épithélial. »

Comme on le voit, les caractères distinctifs n'ont rien d'absolu, bien qu'ils soient suffisants pour assurer le diagnostic dans la plupart des cas.

La signification réelle des particularités de structure qu'on observe sur les lambeaux de muqueuse exfoliée, ne pourra être déterminée que lorsqu'on connaîtra exactement les modifications anatomiques de la muqueuse cataméniale. Ces modifications précèdent la formation de la caduque dont elles représentent peut-être le stade initial.

Une difficulté pratique très réelle que l'on rencontre dans l'examen microscopique des membranes tient à ce qu'elles sont souvent profondément altérées dès le moment de leur expulsion ; on peut être obligé de recueillir les produits de plusieurs époques menstruelles successives avant de trouver des lambeaux suffisamment bien conservés pour en obtenir des préparations démonstratives. Comme moyen de fixation, le liquide de Müller

doit être préféré à l'alcool qui donne des résultats beaucoup moins favorables.

SYMPTÔMES.

Les symptômes de la dysménorrhée membraneuse varient suivant qu'on examine les malades au moment de la menstruation ou pendant les époques intercalaires. Nous allons conserver cette division toute naturelle et étudier successivement tous les phénomènes qui se passent dans chacune des deux périodes.

I. — Pendant la période intermenstruelle, les symptômes sont extrêmement variables de nature et d'intensité ; nuls, comme dans notre première observation, ils peuvent se multiplier et s'aggraver au point de rendre véritablement effrayant le tableau symptomatologique de cette période ; notre seconde malade nous présente un résumé de tous les accidents que l'on peut observer dans les cas graves.

Le premier point à enregistrer, c'est l'existence d'un état général mauvais. La malade est en proie à une surexcitation nerveuse souvent violente, sans cause appréciable ; quelquefois elle présente des accidents sympathiques tels que céphalalgie, névralgies intercostales ou lombo-abdominales, irritation spinale, clou hystérique, et même de véritables accès tétaniformes.

Ces phénomènes peuvent, il est vrai, être mis sur le compte du névrosisme qui existe très souvent chez ces malades. C'est ainsi que dans vingt cas de dysménorrhée membraneuse relevés par Huchard et Labadie, trois femmes étaient atteintes d'hystérie, et l'on peut aussi trouver parmi les quatorze observations rapportées par Williams, cinq cas de même nature ; la malade de notre seconde observation rentre dans cette catégorie.

L'affection dysménorrhéique retentit aussi quelquefois d'une façon réflexe sur les fonctions digestives. Celles-ci s'accomplissent péniblement, les malades ont de l'inappétence, des perversions du goût, et vers l'époque de la menstruation le ventre se météorise, il se déclare des nausées et même des vomissements, ces derniers souvent mélangés d'un peu de sang.

Dans tout cet intervalle intermenstruel, les douleurs sont parfois peu vives, elles peuvent même manquer complètement ; dans d'autres cas, au contraire, elles éclatent avec violence, remontant dans l'hypogastre, les aines, les lombes, s'exaspérant par la marche, la station debout longtemps prolongée, les rapports sexuels ; calmées par le repos, elles font place le plus souvent à une sensation de pesanteur et de plénitude dans le bassin, et se réveillent d'ailleurs sous la moindre influence.

Scanzoni prétendait pouvoir affirmer quinze jours avant l'époque cataméniale la présence ou l'absence d'une membrane dans le sang menstruel ; le signe sur lequel il se basait, le point pongitif, « le rongement à l'ombilic » est excessivement rare et ne peut servir qu'exceptionnellement au diagnostic.

II. — Au moment des règles, les douleurs deviennent plus violentes, quelques jours, plus rarement quelques heures seulement avant l'établissement du flux. Le siège de la souffrance est variable ; elle affecte les reins, l'hypogastre, l'ombilic. Dans un des cas cités par Oldham, la propagation de la douleur suivait le trajet du canal inguinal. Les souffrances sont continues ou par accès, s'exagérant au point que les malades prennent pendant les exacerbations les positions les plus étranges pour tenter de calmer leurs douleurs.

L'écoulement sanguin s'établit bientôt ; pour la plupart des auteurs, il précède toujours l'apparition de la première membrane ; nos deux observations sont en contradiction avec cette opinion et montrent que (nous ne dirons pas toujours, mais au moins dans certains cas) l'expulsion du premier lambeau de la muqueuse précède l'apparition des premières gouttes de sang.

Le flux est tantôt modéré, tantôt abondant, pouvant aller jusqu'à la ménorrhagie, comme dans un cas rapporté par Tyler Smith ; par contre, on a eu des cas où l'écoulement se faisait goutte à goutte (Huchard et Labadie) ; Henning, Hegar citent chacun une observation où le sang menstruel n'était expulsé qu'à l'état de caillots. Dans ce dernier cas, ces auteurs font remarquer que quelquefois ces caillots, moulés sur la cavité utérine, en imposent au premier abord pour la muqueuse exfoliée,

et ce sont ces faits qui ont donné lieu, comme nous le verrons plus loin, à la théorie de l'origine fibrinogène du produit expulsé (Churchill, Aswhell). On doit, de plus, bien distinguer ces petits caillots durs, occasionnant des douleurs expulsives violentes, surtout s'il existe un rétrécissement du canal cervical, des grands caillots mous, formés dans le vagin par le sang menstruel qui s'est accumulé et coagulé là sous l'influence de la position horizontale de la malade.

Dès l'apparition des premières gouttes de sang les douleurs s'atténuent pour reparaître plus vives lors de l'expulsion des dernières membranes ; l'expulsion se continue du reste pendant toute la durée du flux menstruel, c'est-à-dire de deux à six jours.

La membrane est rejetée en totalité ou par fragments, ces derniers de dimensions variables pouvant ne pas dépasser un millimètre dans leur plus grand diamètre, comme le prouve un fait rapporté par Gauthier au congrès de Genève de 1877 et emprunté à Maier, de Berlin.

Lors même que l'expulsion est totale et donne une membrane en ballon moulée sur les parois de l'utérus, elle n'est pas terminée pour cela et se continue encore pendant toute la durée du flux sous forme de lambeaux plus ou moins volumineux. Ce fait, que nous n'avons trouvé relaté dans aucun auteur, semble indiquer que des couches plus profondes de la muqueuse utérine se desquameraient partiellement consécutivement à l'exfoliation en bloc des zones superficielles de cette même muqueuse.

Quand la muqueuse est expulsée en totalité, son passage au travers du canal cervical est marqué par des douleurs atroces, et les femmes qui ont déjà enfanté ne peuvent les comparer mieux qu'aux mouches de l'accouchement ; si la muqueuse s'exfolie au contraire par lambeaux plus ou moins volumineux, chaque lambeau déterminera à sa sortie de l'utérus une nouvelle crise de souffrance ; souvent même un morceau membraneux oblitère l'orifice interne du canal cervical, retenant le sang menstruel qui, s'accumulant dans la cavité utérine, peut refluer vers les trompes, les traverser et causer une hématocèle périutérine.

Beigel est fort explicite à cet égard et dit : « Dans les cas où un lambeau considérable de la muqueuse s'exfolie sans être expulsé de suite, il peut arriver qu'il oblitère l'orifice interne de la cavité cervicale, en sorte qu'il est totalement impossible au sang de s'écouler au dehors ; il s'accumule dans la cavité utérine et cela en telle quantité qu'il développe une hématométrie complète et considérable. » Ce serait dans un cas de ce genre que Tyler-Smith, après la sortie d'un de ces bouchons membraneux, aurait observé une abondante ménorrhagie.

Nous voyons donc qu'il existe deux crises douloureuses, l'une correspondant à la congestion de l'utérus et de ses annexes, ainsi qu'à l'exfoliation de la muqueuse, l'autre à l'expulsion de cette dernière.

La dernière crise douleureuse peut ne pas exister, et quelques observations dues à Maier, de Berlin, Caulet, Bernutz, etc..., et ayant rapport à des malades qui, à chaque époque cataméniale, expulsaient des membranes sans dysménorrhée, tendraient à prouver au premier abord que le symptôme douleur à ce moment tiendrait à la différence de rapports existant entre le col utérin et le volume de la membrane. Nous reviendrons, du reste, sur ce point dans notre chapitre sur la pathogénie.

Pendant cette période d'exfoliation et d'expulsion, la miction est difficile ; il y a quelquefois de la cystite (Williams) ; les fonctions digestives sont perverties, les aliments ne peuvent ordinairement être gardés ; il y a des vomissements incoercibles, de la constipation ou plus souvent de la diarrhée.

Du côté des organes génitaux, dans certains cas, comme dans notre observation, l'utérus est volumineux, mou, sensible, congestionné comme vers le deuxième mois de la grossesse. Par le cathétérisme, la sonde pénètre difficilement et provoque de violentes douleurs surtout au niveau de l'orifice interne.

Au spéculum, le col est tantôt violacé, congestionné, tantôt et presque toujours atrésié avec orifice externe petit, ponctiforme. Le canal est rouge sanglant, les lèvres du col sont tuméfiées et leurs bords présentent de nombreuses érosions. L'examen prolongé permet en outre de constater la présence soit d'un frag-

ment membraneux, soit de la muqueuse exfoliée qui fait hernie dans le col, que l'on peut voir se dilater comme au début de l'accouchement.

Le vagin présente une température de 1° à 1° 1/2 au-dessus de la normale ; les culs-de-sac sont souvent le siège de lymphadénites très douloureuses et plus ou moins persistantes.

Conjointement à tous ces symptômes existent ceux qui caractérisent la congestion, l'inflammation de l'utérus, des ovaires, l'atrésie du col, les déviations utérines, affections qui accompagnent presque toujours la dysménorrhée membraneuse dont elles sont tantôt la cause, tantôt la conséquence.

Une fois que la muqueuse détachée est complètement expulsée, les douleurs s'atténuent ou cessent complètement comme chez le sujet de notre première observation. L'écoulement continue alors et change de caractère ; d'abord rouge, sanglant, puis rose, il devient peu à peu muco-purulent, l'utérus pouvant être, après l'exfolation, assimilé à une vaste plaie qui suppure, laissant sourdre pendant une quinzaine de jours environ, jusqu'au début de la préparation de la muqueuse à une nouvelle mue, un pus sanieux et fétide (1).

Chaque époque menstruelle amène son même cortège de symptômes, la même crise douloureuse, la même expulsion membraneuse. Le rejet unique d'une membrane est, en effet, un cas excessivement rare ; il n'a encore été signalé qu'une fois par Schrœder, et encore l'examen microscopique n'ayant pas été fait, on peut, comme le fait avec juste raison remarquer de Sinety, se demander si Schrœder n'a pas eu affaire à un cas d'avortement.

Les règles, ordinairement à intervalles réguliers, rarement avancées, sont quelquefois retardées; elles apparaissent toutes les cinq, six et même neuf semaines ; la membrane y manque rarement, et quand, à une époque, elle fait défaut, c'est pour

(1) Ici encore nos deux observations diffèrent notablement, et nous jugeons à propos de faire remarquer que si dans notre seconde observation, où la malade avait un utérus très congestionné, il y avait leucorrhée abondante et persistante pendant les époques intercalaires, chez notre première malade, au contraire, l'écoulement purulent durait à peine trois ou quatre jours.

réapparaître à l'époque suivante et causer une crise plus forte que les précédentes.

Marche. — La dysménorrhée membraneuse est, d'après Siredey, de toutes les formes de dysménorrhée la plus difficile à guérir.

Il faut néanmoins établir son pronostic d'après la cause qui l'a produite et la guérison peut suivre celle de l'affection primitive. La dysménorrhée membraneuse la plus rebelle paraît être celle qui s'est établie dès la première menstruation (comme chez notre première malade) où elle semble à l'état de diathèse; par contre, quand elle survient chez une femme qui a déjà enfanté, à la suite d'une affection quelconque, soit générale, soit limitée aux organes génitaux, le pronostic perd beaucoup de sa gravité.

Elle peut donc disparaître avec l'affection qui l'a causée, et c'est du reste le cas le plus ordinaire. Dans des cas récents de dysménorrhée, la grossesse paraît avoir une influence heureuse sur l'affection membraneuse; malheureusement, la stérilité est la règle et, comme dit Beigel, « il semblerait que le travail morbide qui donne à la muqueuse utérine une consistance particulière lui permettant de résister à l'écoulement sanguin et par conséquent favorisant sa dilacération en grands lambeaux, lui ferme la possibilité de la conception »; d'autre part, dans des cas anciens de dysménorrhée, si une grossesse a lieu, après l'accouchement et l'apparition des premières règles normales, quelquefois cinq, six ou même huit mois plus tard, l'affection dysménorrhéique reparaît avec tout son cortège de symptômes. C'est du reste ce que nous voyons chez la malade de notre seconde observation, où les membranes réapparurent en même temps que les premières règles après l'accouchement.

Le pronostic n'implique cependant aucun danger sérieux, quoiqu'il faille toujours faire entrer en ligne de compte les crises douloureuses qui rendent si pénible l'existence des malades, la stérilité habituelle, la possibilité des ménorrhagies ou d'une hématocèle périutérine.

Du reste, la ménopause met un terme à tous ces accidents.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 *mai* 1888.

SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

M. Cornil (au nom d'une Commission composée de MM. Guérin, Charpentier et Cornil). — Je rappellerai que le mémoire de M. Doyen conclut que la fièvre puerpérale et l'érysipèle peuvent être engendrés l'un par l'autre. La clinique n'avait pas attendu les découvertes de la bactériologie pour nous donner cet enseignement et nous montrer que la fièvre puerpérale est due à l'invasion des streptococci, la mort étant causée par cet organisme et par les poisons chimiques qu'il secrète.

Je souscrirai volontiers pour mon compte à cette manière de voir, d'autant mieux que j'ai trouvé constamment ces micro-organismes. Mais nous ne devons pas oublier que M. Doléris a décrit aussi des bâtonnets dans la fièvre puerpérale, que MM. Fraenkel, Passet ont fait jouer un rôle aux bactéries pathogènes, que M. Arloing a isolé aussi des bâtonnets dans cette même maladie. Tout en reconnaissant que l'affirmation de M. Doyen est vraie dans l'immense majorité des cas, j'hésiterais à dire que les accidents puerpéraux ne peuvent pas être causés par une autre bactérie que le streptococcus.

IDENTITÉ DE DIFFÉRENTES FORMES DE L'INFECTION PUERPÉRALE.

M. Cornil présente, au nom de M. Fernand Widal, la note suivante :

M. Pasteur, le premier, a découvert un microbe en chaînettes dans le pus de l'infection puerpérale.

C'est le même organisme qu'Ogston et Rosenbach ont décrit plus tard dans le pus de la pyohémie chirurgicale sous le nom de streptococcus pyogènes.

L'infection purulente puerpérale est donc l'analogue de l'infection purulente chirurgicale : la porte d'entrée seule diffère. L'ex

périmentation n'a fait qu'affirmer ce que l'observation clinique avait dès longtemps indiqué.

Ce streptocoque de la pyohémie peut-il dans certaines conditions déterminer les autres formes de la fièvre puerpérale où la suppuration fait défaut ? Des observations dont l'étude a été poursuivie dans le laboratoire de M. Cornil nous permettent de répondre par l'affirmative.

Dans trois cas de fièvre puerpérale à forme septicémique pure, l'examen le plus attentif de l'utérus, de ses annexes et des autres organes ne put nous faire trouver à l'autopsie la moindre trace de suppuration. Des ensemencements faits avec l'utérus, le rein et le foie nous donnèrent cependant des cultures du streptocoque. Les coupes de l'utérus colorées par la nouvelle méthode de Weigert étaient particulièrement instructives. Les vaisseaux sanguins étaient vides de microbes, mais entre les faisceaux musculaires et dans les capillaires lymphatiques apparaissent des microccoques réunis par deux ou en chapelets sinueux. Les chaînettes étaient disposées comme dans les tissus érysipélateux, et seuls témoins de l'infection, elles semblaient avoir formé dans l'utérus un véritable érysipèle interne.

Dans un cas d'infection puerpérale à forme diphthéritique, nous avons constaté les lésions suivantes : des fausses membranes fibrineuses, épaisses, incrustées, difficiles à détacher, ayant l'aspect d'exsudats diphthéritiques du pharynx ou du larynx, recouvraient la vulve, la muqueuse du col et du corps de l'utérus. Les veines grosses et petites du muscle utérin étaient pour la plupart remplies de caillots fibrineux, blanchâtres, partant de la fausse membrane. Le péritoine était recouvert de fausses membranes fibrineuses, surtout dans sa portion pelvienne. Ni dans les divers parenchymes, ni dans les articulations, on ne put découvrir la moindre gouttelette de pus. Les fausses membranes, les caillots, le muscle utérin, le sang ensemencé nous donnèrent pourtant des cultures pures du streptocoque. Sur les coupes de l'utérus, les chaînettes étaient visibles au microscope, mais leur topographie était tout autre que dans les cas précédents. Elles manquaient entre les faisceaux musculaires et dans les vaisseaux lymphatiques, pour apparaître uniquement dans le caillot fibrineux des veinules thrombosées.

Ainsi, un seul et même microbe, le streptococcus pyogène

peut infecter les femmes en couche, soit en produisant des suppurations (forme pyoémique), soit en infiltrant les tissus sans amener la moindre réaction histologique (forme septicémique pure), soit en déterminant l'apparition des fausses membranes fibrineuses (forme diphthéritique), ou la formation de caillots fibrineux dans les veines (phlébite).

Ce même organisme peut-il également donner naissance à l'érysipèle de la peau que la clinique nous montre avoir des rapports si intimes avec la fièvre puerpérale ?

Entre le streptocoque du pus et celui décrit par Fehlensein dans l'érysipèle, il n'existe aucune différence morphologique. C'est à tort que l'on a décrit les chainettes du premier comme formées de grains plus volumineux, plus inégaux et moins nombreux. Les deux microbes peuvent revêtir cet aspect que nous avons pu faire naitre à volonté en variant et le terrain et la température des cultures. Ils ont, de plus, les mêmes conditions de développement et les mêmes formes de cultures.

Pour Fehlensein l'inoculation dans l'oreille des lapins fournirait un caractère certain de différenciation. Le streptocoque de l'érysipèle serait seul capable de produire la plaque érysipélateuse; le streptococcus pyogène ne pourrait produire que la suppuration. Dans une communication récente faite à l'Académie, M. Doyen n'a pas confirmé cette opinion, et de ses expériences il conclut que le streptocoque puerpéral, celui de l'érysipèle ou celui du pus semblent un seul et même organisme à manifestations variables qui donnerait tantôt la suppuration, tantôt la plaque érysipélateuse.

Nous avons souvent inoculé dans l'oreille du lapin le streptocoque de l'affection puerpérale et, comme Doyen, nous l'avons vu déterminer indifféremment une plaque érysipélateuse ou de petits abcès. D'autre part, dans le pus d'un érysipèle ayant suppuré chez un diabétique au cinquième jour, nous avons avec M. Chantemesse isolé seulement un streptocoque en tous points semblable à celui de l'érysipèle. Dans ce cas, le même organisme semble avoir été cause de la plaque d'érysipèle et du foyer de suppuration.

Des faits expérimentaux que nous avons mentionnés, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Entre le streptocoque de l'infection puerpérale et celui de

l'érysipèle il n'existe jusqu'à présent aucun caractère distinctif, et dans l'état actuel de la science il serait impossible à un expérimentateur de distinguer l'un ou l'autre de ces organismes.

2° Le streptococcus pyogène suffit à produire différentes formes de l'infection puerpérale et le polymorphisme des lésions qu'il occasionne est un des points les plus intéressants de son histoire.

C'est par exception qu'un microbe différent du streptocoque, trouvant une porte d'entrée dans la plaie utérine ou vaginale peut déterminer une infection chez la nouvelle accouchée. Depuis plus d'une année nous étudions les microbes rencontrés à l'autopsie des femmes mortes de fièvre puerpérale et dans un cas seulement à forme hyperpyrétique (43° avant la mort), n'ayant pas trouvé le streptocoque, nous avons isolé des organes à l'état de pureté un bâtonnet. Cet organisme très virulent pour les animaux et déterminant chez eux des suppurations rapides et étendues sera décrit ailleurs.

M. Peter. — Je demanderai à M. Cornil quels étaient les symptômes de fièvres puerpérales visées dans la communication qu'il vient de nous lire, alors qu'il n'y avait pas de pus. Etaient-ce des symptômes typhoïdiques ?

M. Cornil. — Précisément. C'est ce que M. Widal englobe sous l'expression de « forme septicémique pure ». Ces formes-là, qui représentent une intoxication générale, sont beaucoup plus graves que les formes pyoémiques. Et cependant, à l'autopsie, on ne trouve rien, ni dans l'utérus, ni dans les annexes. C'était, on s'en souvient, il y a une vingtaine d'années, le désespoir de Béhier et des anatomo-pathologistes de l'époque, qui s'aveuglaient à ne pas voir le pus dans les vaisseaux, et qui le cherchaient seulement dans l'utérus et les annexes.

M. Peter. — A l'inverse de ce que vient de dire M. Cornil, je crois que les formes de la fièvre puerpérale qui peuvent guérir et qui guérissent souvent sont précisément les formes septicémiques. La forme pyoémique, au contraire, tue à peu près toujours.

D'autre part, je trouve que ce streptococcus, dit pyogènes, fait toutes sortes de choses..., sauf du pus. Et ce pus, n'est-ce pas tout simplement l'organisme qui le fabrique ?

M. Cornil. — Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Peter sur le pronostic de la forme. Elle guérit quelquefois, comme le

prouvent, par exemple, plusieurs observations du Traité classique de M. Hervieux; mais cela s'observe seulement lorsque la maladie débute non pas immédiatement après l'accouchement, mais au bout de huit ou dix jours. Dans ces conditions, même avec des suppurations localisées, dans le petit bassin, dans la plèvre, etc., les femmes peuvent guérir.

Relativement à ce qu'a dit M. Peter du streptococcus pyogènes, il est bien vrai qu'on en distingue plusieurs variétés, et on est bien forcé de lui donner plusieurs noms (érysipelatus, pyogenes, streptocoque de la fièvre puerpérale), suivant qu'il donne naissance à de l'érysipèle, à du pus, etc.

M. Peter. — C'est un streptococcus bon à tout faire.

M. Cornil. — Il est probable qu'il est, en réalité, unique; mais au début d'une science comme la microbiologie, on est bien obligé d'admettre différentes variétés correspondant aux différents effets observés.

M. Peter. — Mais quelle est la mauvaise variété de ces streptococcus ?

M. Cornil. — Toutes sont mauvaises.

M. Peter. — Alors je demanderai quelle est la pire ?

M. Guéniot. — Je ne partage pas du tout l'avis de M. Cornil sur la gravité relative des formes septicémiques et des formes pyoémiques — ou péritonitiques — de la fièvre puerpérale. Ce sont les formes septicémiques qui s'observent le plus communément et ce sont, également, les plus curables, celles contre lesquelles les lavages intra-utérins, les pratiques d'une antisepsie rigoureuse, nous arment le mieux. La forme péritonitique, au contraire, est extrêmement grave. En bloc, les complications puerpérales deviennent, comme on le sait, de plus en plus rares.

Incidemment — mais j'y reviendrai ultérieurement — je dirai que je connais bon nombre de cas de fièvres puerpérales provenant d'empoisonnements par les fosses d'aisances, les cabinets de toilette; et cela, même dans les maisons en apparence les mieux tenues.

M. Verneuil. — Il en est des affections septicémiques en obstétrique comme en chirurgie. Il en est qui guérissent, il en est qui tuent. On peut vivre quelquefois quinze jours avec une vrai pyoémie et on peut être enlevé en quelques jours, en quelque

heures même, dans certaines septicémies. La gravité est très souvent indiquée par la courbe de la température.

M. Siredey. — Je tiens à dire que je partage entièrement l'avis exprimé tout à l'heure par M. Guéniot.

Séance du 5 *juin* 1888.

ÉRYSIPÈLE ET AFFECTIONS PUERPÉRALES.

M. Hardy. — La clinique a depuis longtemps établi les rapports que M. Cornil vous a signalés à la dernière séance, entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale. Tout le monde sait que bien avant l'antisepsie les deux maladies coïncidaient souvent ensemble. Il y a quelques années, j'ai mis moi-même ce fait en évidence de la manière la plus nette.

A Saint-Louis, j'avais à la fois une salle de maladies de peau et une salle de femmes en couches. Les accouchées ayant été prises de fièvre puerpérale, je pensais mettre fin à cette épidémie en les transportant dans la salle des maladies de peau, alors que les malades de cette salle étaient placées dans la salle d'accouchement. Or, si les accouchées se trouvèrent bien de ce changement, par contre, un grand nombre des malades atteintes d'affections cutanées qui avaient des ulcérations contractèrent des érysipèles. Quelques-unes en moururent.

Ce fait a déjà été signalé, on le trouve noté en particulier dans l'article érysipèle de M. Raynaud, qui relate d'autres cas semblables observés surtout en Angleterre.

Tel est le cas de ces deux médecins qui ouvrent ensemble un phlegmon érysipélateux, puis se séparent pour aller faire deux accouchements en des localités fort distantes l'une de l'autre. Les deux accouchées contractent une fièvre puerpérale dont elles meurent.

C'est dans le même ordre d'idées qu'il faut ranger les épidémies d'érysipèles se développant sur des élèves sages-femmes au moment où les femmes qu'elles soignent sont atteintes de fièvre puerpérale.

M. Hervieux. — La question des rapports de l'érysipèle avec la septicémie puerpérale qui a été depuis si longtemps tranchée

au point de vue clinique, vient de l'être une fois de plus par les études bactériologiques de MM. Doyen et Cornil.

Je rappellerai à ce propos que j'ai démontré :

1° Que l'érysipèle des femmes en couche n'est qu'une des expressions de la septicémie puerpérale ;

2° L'érysipèle et la septicémie puerpérale peuvent s'engendrer réciproquement par contagion.

Les études microbiennes sur la septicémie puerpérale peuvent expliquer les cas de contagion vulgaire qui sont le résultat d'une véritable inoculation. Mais à côté de ces faits, il en est d'autres où le contact ne saurait être invoqué et que les théories microbiennes ne peuvent expliquer. Tels sont les cas dans lesquels un intermédiaire a contagionné une accouchée sans la toucher.

Dans ce cas, c'est par l'air ambiant, et conséquemment par les voies respiratoires, que s'opère la contamination. Dès lors, la théorie microbienne ne sera complète, eu égard à la septicémie puerpérale, que le jour où elle aura démontré la pénétration du parasite spécifique dans l'organisme par la voie respiratoire.

On croit généralement que pour la septicémie puerpérale, comme pour toutes les maladies inoculables, la maladie est toujours constituée avec ses caractères propres, son intensité d'action et son degré de gravité par une seule inoculation où, pour ne rien préjuger, par une seule introduction du principe septique dans l'organisme. Cela est vrai certainement pour la syphilis, la rage, le charbon, la vaccine, etc. Cela est peut-être vrai, aussi quoique moins sûr, pour les fièvres continues ou éruptives, reconnues manifestement contagieuses ; mais cela n'est pas constamment exact pour la septicémie puerpérale.

J'ai vu souvent, en effet, chez certaines accouchées, dans le cours d'une septicémie qui paraissait en bonne voie, la maladie se réveiller tout à coup sans complication appréciable, avec frisson, fièvre, etc.

Or, j'ai vu maintes fois ces retours offensifs succéder à un toucher pratiqué, alors que je venais d'examiner une femme gravement atteinte, soit à une exploration faite par un interne qui avait pratiqué une autopsie, soit à une injection donnée avec une canule qui avait servi à une autre femme, soit à un pansement fait par une fille de service qui avait soigné des accouchées très malades, etc.

Dans tous ces cas, dont j'ai eu malheureusement de trop fréquents exemples, la relation de cause à effet m'a paru assez évidente pour ne pouvoir être discutée.

D'ailleurs, il est un fait dont j'ai été bien des fois témoin et qui confirme ceux que je viens de mentionner, c'est le suivant : A l'époque où la Maternité était le plus cruellement décimée par les épidémies de fièvre puerpérale, il est arrivé souvent que les parents des malades en proie à la septicémie venaient les arracher à ce milieu infecté pour les soigner chez eux. Quel n'était pas mon étonnement, lorsque j'avais la curiosité de me transporter à leur domicile, de retrouver souvent transformées et presque guéries des malades que je croyais vouées à une mort certaine. Elles auraient certainement péri à l'hôpital, parce que de nouvelles inoculations du parasite auraient achevé l'œuvre commencée.

En ce qui concerne le degré de gravité des diverses variétés de septicémie (je donne ce nom à toute affection puerpérale déterminée par un principe virulent), je puis dire qu'il n'en est aucune forme qui soit constamment mortelle.

Ce n'est pas sans étonnement que j'ai entendu M. Guéniot dire que la péritonite puerpérale était toujours mortelle. Elle est grave, mais quelquefois curable.

La péritonite généralisée peut faire place à quelque localisation curable, comme péritonite pelvienne, phlegmon iliaque, phlegmon du ligament large, etc., qui peut s'ouvrir en dehors ou dans une cavité. D'autres fois, à la péritonite généralisée, succède une phlegmasia alba dolens, un abcès du sein, un phlegmon des membres, une arthrite purulente, moins grave que la péritonite elle-même.

En ce qui concerne les septicémies puerpérales sans pus, pendant longtemps j'ai cru, comme M. Siredey, qu'elles n'existaient pas, je ne le crois plus aujourd'hui, car j'en ai trouvé des exemples. Cela se produit dans le cas ou le poison septique acquiert une exaltation toute spéciale.

L'activité du virus pathogénique est alors si terrible, que l'organisme est foudroyé avant que le travail de suppuration ait eu le temps de s'accomplir. Aussi est-ce en de telles occurences qu'on observe souvent la mort subite, et qu'on cherche

en vain sur le cadavre les vestiges d'une formation purulente, si peu accusée qu'elle soit.

Mais à côté des cas où la virulence excessive de l'agent septique explique l'absence du pus, il y a des cas où la septicémie puerpérale revêt franchement la forme typhoïde. Ces derniers avaient été signalés et décrits par les anciens auteurs et notamment par Paul Dubois, dans son article du dictionnaire en trente volumes. « On ne trouve alors, dit notre ancien maître, ni péritonite, ni métrite, ni pus dans les vaisseaux, quelquefois un développement remarquable de tout l'appareil folliculaire de l'intestin, mais nulle trace d'inflammation dans les divers organes, ou des traces si légères qu'elles sont insuffisantes pour expliquer la mort. »

Si la forme typhoïde était réservée aux seuls cas décrits par Paul Dubois, assurément on pourrait dire qu'elle est toujours ou presque toujours mortelle, mais il est une lésion dont elle est la manifestation fréquente, c'est la phlébite utérine ; or, celle-ci est susceptible de guérir.

Il en est de même de la lymphangite utérine : l'une et l'autre peuvent, suivant des modes à peu près identiques, se terminer par la guérison, bien qu'elles revêtent souvent dès le début la forme typhoïde.

Je vais donc pouvoir affirmer à nouveau qu'il n'est pas une seule variété de septicémie puerpérale qui soit constamment incurable.

M. Guéniot. — Dans la dernière séance, j'ai été étonné d'entendre M. Cornil parler de fièvre puerpérale, et aujourd'hui M. Hervieux nous parle de septicémie puerpérale. En réalité, les accidents puerpéraux, dans leur ensemble, ne peuvent être rattachés à aucune de ces dénominations.

Les accidents puerpéraux, en effet, se présentent sous trois formes distinctes.

La forme péritonique dans laquelle la péritonite domine, qui peut être limitée en un point restreint du péritoine et guérir, mais qui, lorsqu'elle est généralisée, détermine presque toujours la mort en raison de la grande étendue de la surface suppurante.

La forme pyoémique dans laquelle le sang est infecté par le pus, à la suite d'une lymphangite ou d'une phlébite, forme également très grave, et qui ne guérit que très exceptionnellement,

lorsqu'il y a une limitation de l'empoisonnement sanguin.

Dans la troisième forme, la forme septicémique, la maladie est due à un empoisonnement d'origine extérieure sur lequel nous pouvons avoir de l'influence. C'est une rétention du placenta, un état infectieux de la muqueuse utérine, etc. Nous pouvons agir directement sur le foyer de l'infection, le modifier, en même temps que nous modifions l'état général par des médicaments, le sulfate de quinine en particulier, de telle sorte que ces cas sont curables.

M. Cornil. — Je reconnais qu'il y a une grande confusion dans la dénomination des accidents puerpéraux ; toutefois, quelles que soient les dénominations que l'on adoptera, fièvre puerpérale ou autre, on doit admettre qu'à l'autopsie de certaines de ces malades on n'a trouvé aucune trace de pus.

MM. Hervieux, Depaul, Tarnier, en ont cité des exemples ; ils désignent ces cas sous le nom de fièvre essentielle, septicémie essentielle ; nous, nous disons tout simplement : empoisonnement rapide, très considérable du sang, dans lequel on trouve des streptococcus qui abondent, d'autre part, dans l'utérus et diverses autres organes, ce qui prouve que, s'il n'y a pas de pus, il y a tout au moins intoxication générale du sang.

M. Siredey. — Je maintiens que j'ai toujours trouvé du pus dans ces cas-là, je regrette de ne pas être d'accord avec vous sur ce point.

M. Cornil. — Je reconnais avec M. Guéniot qu'il y a trois séries de lésions dans les cas de septicémie puerpérale. La septicémie sans pus ; celle où il y a du pus, analogue à la pyoémie avec pleurésie, arthrites purulentes, etc., enfin une troisième sur laquelle M. Widal a insisté, et où l'on trouve la muqueuse utérine couverte de pseudo-membranes et qui s'accompagne de phlébites spéciales caractérisées par la présence d'infarctus au milieu desquels on trouve un grand nombre de micro-organismes. Dans ces cas, l'empoisonnement semble être moins intense.

M. Charpentier. — Les formes telles que M. Guéniot vient de vous les décrire existent, et la théorie que vous a exposée M. Cornil est vraie, les deux termes ne sont pas contradictoires. Autrement dit les accidents puerpéraux sont le résultat d'une infection qui évolue différemment suivant la nature du terrain sur lequel elle s'est produite. Cette infection détermine des manifes-

tations tantôt sur le péritoine, tantôt sur d'autres organes, d'autres fois sur tout l'organisme; mais, en somme, son dernier terme est une altération du sang depuis longtemps décrite, puisque dès 1880, Doléris, dans sa thèse, l'a signalée avec la plus grande netteté.

Les relations entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale sont admises par tout le monde. J'ai vu, avec M. Hardy, une femme qui eut successivement les accidents puerpéraux les plus variés : péritonisme, épanchement pleurétique, endocardite, et qui, finalement, se terminèrent par un érysipèle du tronc auquel la malade succomba.

M. Hardy. — J'ai autopsié un très grand nombre de femmes mortes à la suite d'accidents puerpéraux ; presque toujours j'ai trouvé du pus ; cependant 2 ou 3 fois je n'ai trouvé aucune lésion matérielle. La maladie dans ces cas avait été, pour ainsi dire, foudroyante, et l'on pouvait admettre un empoisonnement dans lequel les lésions n'avaient pas eu le temps de se produire.

M. Hervieux. — J'ai reconnu également qu'il y avait des cas où l'empoisonnement était tellement rapide que les lésions n'avaient pas le temps de se produire.

M. Brouardel. — J'ai fait deux fois l'autopsie de malades qui avaient succombé dans les quarante-huit heures, probablement à la suite de tentatives d'avortement. Ces malades avaient une fièvre ardente et je m'attendais à trouver du pus quelque part ; or, il n'en était rien.

Dans d'autres cas analogues, le péritoine était plein de pus.

M. Guéniot.— J'ai également eu des autopsies négatives ; mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels. D'ailleurs, même dans ces cas, il y a des lésions ; ce sont ces amas de streptococcus signalés par M. Cornil dans divers organes. La présence de ces mêmes micro-organismes sur la muqueuse utérine prouve que l'on peut faire beaucoup dans l'intérêt des malades, en modifiant la face interne de l'utérus.

Dans la péritonite vraie ou pyoémie, comme je le disais tout à l'heure, les choses sont tout autres, et nous sommes pour ainsi dire impuissants.

M. Cornil. — Les formes sans lésions sont rares, j'en conviens ; mais elles ne constituent pas à proprement parler une exception.

Maintenant, je crois que M. Guéniot a un peu trop confiance

dans l'efficacité des moyens thérapeutiques que nous pouvons opposer à cette forme si grave. Il ne faut pas oublier, en effet, que les micro-organismes infectent l'organisme tout entier et non pas seulement la muqueuse utérine.

REVUE DE LA PRESSE

TRAITEMENT DES PARALYSIES RUBÉOLIQUES.

(Dr BAYLE.)

Les paralysies consécutives à l'infection morbilleuse frappent plus souvent le sexe féminin que le sexe masculin.

On les a observées plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte. Elles surviennent six fois sur sept pendant la convalescence ou à son début.

Cette apparition pendant la convalescence est plus particulière aux paralysies post-morbilleuses qu'à celles consécutives aux autres maladies aiguës.

Elles peuvent revêtir presque toutes les formes dans l'ordre de fréquence suivant : paraplégie, hémiplégie, formes cérébrales diverses, formes systématiques, formes diffuses.

Au point de vue clinique, la rougeole n'imprime aucun cachet caractéristique à ces paralysies.

La gravité du pronostic dépend surtout de la forme de ces paralysies. La forme paraplégique, ordinairement de courte durée, est le plus souvent suivie de guérison.

Les examens nécroscopiques sont rares. Toute porte à croire que les lésious doivent varier avec chaque forme et dans chaque forme.

Les moyens de traitement varieront suivant la lésion que l'on soupçonnera être la cause de la paralysie.

Les paraplégies qui, le plus souvent, dépendent d'une simple congestion de la moëlle, seront traitées par le seigle ergoté, la strychnine et les courants ascendants le long de la colonne vertébrale ; on pourra y joindre les douches. En même temps, on emploiera les courants faradiques contre l'atrophie pouvant résulter de l'état de repos forcé des organes paralysés ; on faradisera les muscles plus que dans la paralysie. A l'électricité on joindra les frictions sèches ou aromatiques. Les bains sulfureux, les bains salés, les bains de mer rendront de grands services.

Si, malgré cette médication, les accidents se prolongent, on devra

craindre une inflammation chronique, une sclérose, et l'on s'adressera à l'iodure de potassium à petites doses, 0,60 centigrammes à 1 gramme, dont on continuera longtemps l'usage. En même temps des pointes de feu seront appliquées tout le long de la colonne vertébrale. On pratiquera de préférence des cautérisations larges et profondes avec le gros bouton du thermo-cautère, suivant la méthode employée tout récemment avec un succès remarquable par M. le Dr Rigal contre l'ataxie locomotrice. Dans le même cas, le calomel à petites doses pourra rendre des services. Du reste, les purgatifs sont indiqués en général dans le but de produire une dérivation sur le tube intestinal.

Les moyens ci-dessus indiqués seront dirigés contre la congestion et la sclérose dans la forme cérébrale.

Dans les formes diffuses, ascendantes, on surveillera attentivement la respiration, le cœur, les réservoirs. En cas d'accidents bulbaires, on pratiquera la respiration artificielle, on appliquera les rhéophores d'un appareil à induction sur la région précordiale. Le marteau de Mayor, les injections d'éther, l'acétate d'ammoniaque (10 à 12 grammes) pourront être utiles. Si la congestion est évidente, une saignée générale et des ventouses scarifiées à la nuque conjureront les accidents.

En cas de rétention d'urine, on sondera les malades deux et trois fois par jour.

Dans un cas de rétention d'urine comme phénomène isolé, Lardier a rendu la tonicité à la vessie paralysée à l'aide de gouttes de Baumé.

Si la sensibilité est atteinte, on sait que la formation d'eschares est à craindre au niveau du sacrum. A la moindre menace, on emploiera le matelas d'eau ou d'air ou même un simple coussin à air. L'eschare une fois produite, on la limitera par un cercle de pointes de feu et l'on fera un pansement de Lister ou plus simplement avec de la poudre de charbon et de quinquina. Une grande propreté sera de rigueur.

Dans la forme pseudo-hypertrophique on s'adressera le plus tôt possible à l'électrisation qui, jointe au massage et à l'hydrothérapie, a donné deux cas de guérison à Duchenne (de Boulogne).

Certaines infirmités consécutives aux paralysies, telles que pied équin, relèvent de l'orthopédie. Dans ces cas, l'électricité, la ténotomie et les appareils orthopédiques pourront être conseillés avec avantage.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Lance-poudre.

Cet instrument permet de faire pénétrer dans la cavité vaginale les diverses substances pulvérisées. Il est disposé de façon à pouvoir être introduit dans le spéculum sans masquer les parties que l'on veut explorer. Il se compose : 1° d'un ballon en verre destiné à

contenir la poudre à pulvériser ; dans l'intérieur est établi un tube recourbé, muni de petits trous faisant l'office de soupapes ; il a pour effet de modérer le jet du médicament ; 2° d'une soufflerie fixée sur un montant, ce qui permet un maniemeut facile de l'appareil. Enfin, il est terminé par un tube recourbé que l'on introduit dans le spéculum.

NOUVELLES

LES SAGES-FEMMES A CLEVELAND.

Dans la ville de Cleveland, il y a environ cinquante sages-femmes ; la plupart sont allemandes, quelques-unes bohémiennes, quelques autres anglaises. Les neuf dixièmes d'entre elles n'ont aucune instruction, et un trop grand nombre n'observent même pas les règles

de la propreté la plus élémentaire. Une grande partie des cas de septicémie puerpérale qui se produisent dans cette ville sont dues à l'incurie des sages-femmes ; beaucoup de maladresses et de mauvaises actions ont lieu sur lesquelles ne jaillissent jamais les lumières de l'investigation. — A Ohio, tout le monde peut être médecin ou sage-femme : il suffit de s'annoncer comme tel.

(*Bull. méd.*)

LES FEMMES PHARMACIENS EN ANGLETERRE.

Les carrières libérales, excepté l'étude du droit, sont toutes de libre accès pour les femmes. L'Université de Londres, puis la Faculté de Dublin, leur ont ouvert leurs portes. La vénérable corporation des apothicaires vient de capituler à son tour ; comme elle a le droit de disposer des permis d'exercer, les femmes pourront à l'avenir s'établir pharmacien, à la seule condition de justifier de leurs conditions spéciales.

Elles continueront cependant à fréquenter l'école de Paris qui leur offre certains avantages sous le rapport des études ; mais dorénavant elles ne seront pas contraintes d'obtenir en France un diplôme qui, du reste, ne leur donne pas le droit d'exercer la médecine en Angleterre.

(*Bull. méd.*)

NÉCROLOGIE

—

En Autriche : M. le Dr *Politzer* : professeur honoraire de pathologie infantile à l'Université de Vienne.

En Russie : Mlle *Giabowsky*, médecin résidant de l'hôpital de Tobolsk.

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **Quand et comment doit-on prescrire la digitale**, par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. Paris, 1888 (Berthier, éd., et Bureaux de la *Rev. gén. de clin. et de thérap.*).

On sait quelle légitime autorité pour toutes les questions relatives à la thérapeutique des affections cardiaques et vasculaires, le Dr Henri Huchard s'est acquise par ses consciencieuses études et ses nombreuses publications sur ce

sujet si important et si embarrassant parfois dans la pratique. Aussi est-ce une bonne fortune pour le public médical lorsque le savant médecin de l'hôpital Bichat donne un travail d'ensemble sur un des points encore controversés tel que celui qu'il traite aujourd'hui ; on est certain d'y trouver des préceptes clairs, précis, dictés par un esprit très clinique, sagace et expérimenté.

Ces remarques générales s'appliquent parfaitement au livre que nous présentons en ce moment ; il nous sera permis d'ajouter que rarement il nous a été donné de prendre un aussi vif plaisir à la lecture d'un mémoire de thérapeutique, tant l'exposition est nette, le style élégant, les observations cliniques habilement groupées pour faire retenir un précepte important et pour faire saisir les distinctions à établir entre des cas semblables à un examen superficiel.

Nous ne pouvons, dans ce journal, qu'indiquer les grandes divisions du travail de M. Huchard :

Après un avant-propos, l'auteur résume rapidement les diverses théories sur l'action physiologique de la digitale ; il expose son action thérapeutique et son action toxique (par accumulation d'action ou par accumulation des doses).

Dans un second chapitre, il répond à la question : Quand doit-on prescrire la digitale ? Ce chapitre est réellement remarquable par la netteté des indications et l'habileté avec laquelle l'auteur sait rappeler, sans fatiguer le lecteur, les notions de physiologie pathologique récemment acquises sur les modifications de la tension artérielle, guide vraiment scientifique dans le choix à faire entre les divers médicaments cardio-vasculaires.

Le troisième chapitre est consacré aux différents modes de préparation de la digitale ; enfin, le quatrième chapitre comprend l'étude posologique du médicament.

C'est assez dire que l'on trouvera dans ce travail, dont nous ne saurions trop conseiller la lecture à tous les praticiens, une monographie complète sur la digitale, ce remède « si efficace, dit Murry, que se trouver en présence d'un médecin qui sache s'en servir, c'est pour une personne atteinte d'une affection organique du cœur, gagner quelques années de vie et faire l'économie de beaucoup de souffrances ».

J. B.

II. **Du mécanisme de la délivrance et de l'intervention du praticien dans cette période de l'accouchement**, par le Dr Gustave Tournay. Bruxelles, Lamertin, éd., 1887.

Ce travail, présenté par l'auteur comme thèse d'agrégation à la Faculté de Médecine de Bruxelles, a pour but de démontrer les propositions suivantes :

« La fièvre puerpérale est toujours due à des germes infectieux venus de l'extérieur.

« La fièvre de lait, en tant que manifestation de la sécrétion normale du lait, n'existe pas.

« La guérison des plaies déterminées dans les voies maternelles par l'accou-

chement ne donne aucune élévation de température pendant les suites normales de couches.

« L'axe suivant lequel le fœtus descend dans l'excavation pelvienne et en sort, n'a pas une forme courbe, mais doit être représenté par une ligne brisée formant un angle légèrement obtus, ouvert en haut en avant.

« La cause la plus fréquente de ce que l'on désigne sous le nom d'enchâtonnement du placenta, est la contraction spasmodique de l'anneau de contraction.

« L'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta est due aux modifications subies par le segment inférieur de l'utérus pendant les derniers mois de la grossesse et pendant le travail.

« La rupture de l'utérus est due à la distension excessive ou irrégulière du segment inférieur de l'utérus, abstraction faite du traumatisme occasionné par des manœuvres maladroites.

« La ligature élastique du cordon est la meilleure.

« En cas de déchirure du périnée, il faut toujours procéder immédiatement à sa réunion au moyen de sutures. »

III. **Action de l'eau de Vichy sur la nutrition,** par le Dr Frémont. Paris, Steinheil, 1888.

IV. **Les eaux minérales de Martigny-les-Bains,** par le Dr Huguet, Neufchâteau 1888.

V. **Faut-il soigner les dents de la première dentition?** par le Dr Goldenstein. Paris, A. Davy 1888.

VI. **De l'influence de la menstruation et des états pathologiques de l'utérus sur les maladies cutanées,** par le Dr Grellety. Mâcon, 1888.

VII. **Nouveau procédé pour guérir les rétrécissements de l'urètre rapidement et sans aucun danger,** par J. A. Fort. Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1888.

Cette brochure très curieuse et très intéressante a pour but, non de montrer les heureux effets de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissemements de l'urèthre, ce qui est connu, depuis bien des années, mais bien de décrire un nouvel appareil très ingénieux qui permet d'appliquer, d'une façon plus commode et plus rapide, ce merveilleux moyen. Nous conseillerons vivement à ceux de nos lecteurs qui s'occupent des affections des voies urinaires de lire l'excellent travail de M. J. Fort.

VII. **De l'épistaxis génitale,** par M. le Dr Joal (du Mont-Dore). Paris, Doin, 1888.

Dans ce curieux travail, M. Joal démontre que la cause la plus fréquente des épistaxis qui se manifestent à l'époque de la puberté est l'irritation physiologique ou pathologique des organes sexuels. Il s'appuie sur les rapports intimes qui existent entre le nez et l'appareil de la reproduction et sur l'influence de l'odorat, chez l'homme et chez les animaux, sur les fonctions génératrices. Il parle, d'après Mackenzie (1884), de l'influence du facteur génital sur le développement des maladies nasales et décrit les épistaxis cataméniales et copulatives ainsi que celles qui sont occasionnées par la

masturbation ; celle-ci a semblé être la seule cause occasionnelle, dans six cas, rapportés par l'auteur.

VIII. **Sur la création de laboratoires thermaux**, par le Dr Peyraud (de Vichy). Paris, Doin, 1888.

IX. **Un utéro-sédatif et un utéro-moteur**, par le Dr Cordes. Paris, Steinheil. 1888. (Voir la *Revue de gynécologie* de ce mois.)

X. **Notice sur l'obésité, dans ses rapports avec le diabète, l'anémie, les dyspepsies et diverses autres affections chroniques, son traitement rationnel par l'eau Gubler Chatel-Guyon**, par le Dr A. Quantin. Paris, 1888.

XI. **Etude physiologique et thérapeutique sur l'action et la réaction en hydrothérapie**, par le Dr F. Bottey. Paris 1888.

XII. **De la préservation de la phthisie pulmonaire et de son traitement dosimétrique**, par le Dr Ferran (de Lyon). Paris, 1888.

XIII. **Les bronchitiques goutteux aux Eaux-Bonnes**, par le Dr Leudet. Paris, 1888.

La santé pour tous.

L'attention et la curiosité des gens du monde se portent de plus en plus vers tout ce qui concerne les moyens de prévenir ou de guérir les maladies : c'est à ce public soucieux de sa santé et désireux de connaître les plus récents progrès réalisés par l'hygiène, la médecine et la chirurgie, que s'adresse le **Dictionnaire de la Santé**, *illustré de* 600 *figures intercalées dans le texte, comprenant la médecine usuelle, l'hygiène journalière, la pharmacie domestique et les applications des nouvelles conquêtes de la science à l'art de guérir*, par le Dr Paul Bonami, médecin en chef de l'hospice de la Bienfaisance.

Le **Dictionnaire de la Santé** se publie en 30 séries à 50 centimes, paraissant tous les jeudis.

L'ouvrage complet formera un volume grand in-8 jésus à deux colonnes de 900 pages, illustré de nombreuses figures, choisies avec discernement, d'une exécution parfaite, et semées avec profusion dans le texte, dont elles facilitent l'intelligence et à la clarté duquel elles ajoutent d'une façon très agréable pour les yeux.

On peut souscrire à l'ouvrage complet, qui sera envoyé franco chaque semaine, en adressant aux éditeurs, MM. J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, un mandat postal de quinze francs.

Toutes les sciences médicales ont trouvé place dans le **Dictionnaire de la Santé**, parce qu'elles forment un ensemble dont toutes les parties s'éclairent et se complètent mutuellement ; mais, tout en restant exact dans le fond, l'auteur s'est attaché à exclure de son langage ces termes à mine rébarbative qui effrayent les profanes.

Ce livre sera le guide de la famille, le compagnon du foyer, que chacun, bien portant ou malade, consultera dans les bons comme dans les mauvais jours.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

100. — Emploi de l'antipyrine pour combattre la douleur produite par les contractions utérines dues au seigle ergoté, par le Dr CHOUPPE. — L'auteur a déjà appelé l'attention sur les bons effets de l'antipyrine dans les coliques utérines. De nouvelles recherches l'ont conduit à admettre qu'elle empêche également la douleur des contractions provoquées par le seigle ergoté. Il a pu s'assurer, chez une femme atteinte de myome utérin interstitiel et s'accompagnant d'hémorrhagies graves, que le seigle ergoté provoquait des douleurs atroces d'une durée de deux à trois heures. L'antipyrine, administrée à la dose de 2 grammes en lavement, amenait une sédation absolue de la douleur au bout de 20 minutes. D'autre part, quand le lavement d'antipyrine était donné assez tôt pour agir en même temps que le seigle ergoté, la douleur ne se produisait pas. Le calme était assez prolongé pour qu'une nouvelle dose d'ergot, donnée une heure et demie plus tard, ne produisît pas le paroxysme douloureux. Ainsi, l'élément douleur était supprimé. Etait-ce au détriment de l'action de l'ergot ? L'examen minutieux de la malade et de la marche de l'hémorrhagie lui a prouvé qu'il n'en était rien ; les contractions ont conservé leur intensité et leur durée. Ce dernier point est des plus importants et mériterait d'être étudié par les accoucheurs. (*Société de Biologie*, 19 novembre 1887.)

***

101. — Pilules contre l'incontinence d'urine. — (Professeur GRISOLLE.)

Extrait de noix vomique..............	0 gr. 20
Oxyde noir de fer....................	3 »
Poudre de quassia....................	3 »
Sirop d'absinthe.....................	q. s.

Pour 20 pilules, 1 à 3 par jour.

Bains de siège froids, abstinence de boisson au repas du soir.

102. — Pansement du cancer utérin. — Le Dr HASLAM a préconisé l'emploi d'un mélange d'oléate de zinc en poudre et d'iodoforme, en gynécologie. La poudre peut être appliquée par l'insufflation ou sur un tampon, selon le cas. Dans le cancer ulcéré, elle diminue la souffrance et l'écoulement et empêche la mauvaise odeur. C'est une application astringente et antiseptique à la fois.

103. — Anesthésique obstétrical. — Selon le Dr STÉPHENS (Brighton), le meilleur anesthésique à employer en obstétrique serait un mélange, à parties égales, de chloroforme et d'alcool, auquel on peut ajouter quelques gouttes d'eau de Cologne.

104. — Action emménagogue de l'indigo. — Le Dr YOUNT, dans le *Medical Record*, dit que l'indigo est un puissant emménagogue, que l'on peut donner à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 25, deux à trois fois par jour, sauf chez les femmes enceintes, celles qui ont l'estomac susceptible ou qui ont eu quelque inflammation des organes pelviens, etc.

Voici une formule d'une composition emménagogue à l'indigo :

Poudre d'indigo................		30 grammes
— d'armoise..............		15 —
— de gingembre...........	}	
— de valériane............	} ââ	5 —
— de thériaque............	}	

Délayés dans du sirop d'œillet rouge et mêlés, q. s. A prendre par cuillerées à café, de deux à quatre par jour.

105. — Du tamponnement avec la gaze iodoformée dans l'inertie utérine consécutive à l'accouchement normal. — Ce pansement est analogue à celui que les chirurgiens pratiquent dans les cas de carcinomes utérins. M. DURSSHEN l'a employé, écrit-il, après des avortements de 4 à 5 mois, dans des cas d'avortement septique, et s'il existe une hémorrhagie par inertie utérine, après l'accouchement normal.

A cet effet, après le décollement manuel du placenta ou le curettage et le nettoyage complet de la cavité utérine, il irrigue soigneusement avec une solution d'acide salicylique à trente pour cent, et pratique le tamponnement.

Dans ce but, sa trousse obstétricale est munie d'un étui en fer-blanc contenant plusieurs bandes de gaze iodoformée à vingt pour cent : chaque bande est formée de quatre couches de 8 mètres de longueur et d'un travers de main de largeur. Deux pinces à griffes fixent assez haut la lèvre extérieure de l'utérus, tandis qu'une longue pince ordinaire sert à introduire la bande de gaze dans l'utérus avec le doigt, au besoin, pour conducteur.

Dès que cette pince a pénétré dans le canal de l'utérus dont le fond est maintenu par la main gauche, on saisit un autre point de la bande. Par de semblables manœuvres plusieurs fois répétées, l'accoucheur remplit graduellement toute la cavité de l'organe. Celui-ci ne tarde pas à se rétracter autour du corps étranger qui agit sur ses parois à la manière d'un stimulant.

Par mesure de précaution, il est utile de tamponner aussi les culs-de-sac vaginaux, quand le placenta est inséré profondément et que l'on redoute la persistance de l'hémorrhagie.

Ce tamponnement antiseptique ne doit pas être tardif, et, si M. Durhssen conseille son emploi après l'administration infructueuse des injections d'ergotine, des injections d'eau chaude ou glacée, il recommande aussi — prescription dont l'importance n'est pas douteuse, — de ne pas attendre pour intervenir l'épuisement de la malade par la persistance ou l'abondance de l'hémorrhagie.

106. — Le traitement de la leucorrhée par l'acide borique. (HAROLD.) — La réputation de cet agent antiseptique n'est plus à faire et cependant on est loin de retirer de lui tous les services qu'on en pourrait espérer. Si certains insuccès ont pour cause un mode d'administration défectueux, il faut convenir que d'autres dépendent d'une détermination incomplète des indications de son emploi.

Or, la leucorrhée est mal définie, ou plutôt elle relève d'origines fort diverses. C'est contre celle qui a pour cause le catarrhe du col utérin ou du vagin que l'acide borique rend des services. Mais comment l'administrer ?

En injections ? Ces dernières doivent être répétées pendant longtemps comme le remarque M. Schwartz (de Saint-Louis). N'est-il pas possible d'abréger la durée de ce traitement ? Oui, d'après M. Narold qui a vu, écrit-il, cette leucorrhée disparaître après deux ou trois pansements à l'acide borique pratiqués d'après la méthode suivante.

Le vagin est détergé par une injection d'eau très chaude, puis essuyé avec l'ouate hydrophile, après l'introduction préalable du spéculum. C'est alors que l'on projettera l'acide borique sur le col et dans les culs-de-sac vaginaux, de façon à combler ces derniers, et que l'on maintiendra ce topique médicamenteux par un tampon d'ouate antiseptique. On le voit, ce pansement est imité de celui des otologistes contre le catarrhe du conduit auditif. Ajoutons que M. Harold préfère les cristaux à la poudre d'acide borique, et a vu l'écoulement leucorrhéique cesser après deux ou trois pansements semblables. (*The Med. Standar*, janvier 1888 et journal de Huchard).

107. — Emploi de l'asparagus officinalis dans la métrorrhagie.— L. JUMON raconte dans la *France médicale* que dans une réunion de la Société médicale du Don, Mme A. ASKUETINA, femme-docteur, a présenté une espèce sauvage d'asperge qui est employée dans la médecine populaire en Russie pour arrêter les hémorrhagies. Elle a relaté un cas emprunté à sa pratique, dans lequel ce remède fut employé avec succès. Une multipare, n'ayant pas eu ses règles à leur époque habituelle, eut une hémorrhagie de moyenne intensité qui résista aux injections d'eau froide et au repos absolu. Au bout d'une dizaine de jours, la patiente, suivant le conseil des siens, eut recours à l'infusion d'asperge : l'hémorrhagie s'arrêta graduellement avant la nuit et la malade expulsa le lendemain matin un fœtus de quatre semaines, dans un état à demi putréfié. La doctoresse Askuetina pense que l'asperge a agi dans ce cas comme ocytocique et a produit la chute de l'œuf, qui était déjà préparée.

108. — Anesthésie par le chloroforme dans la trachéotomie chez les enfants atteints de diphthérie laryngée. — M. BEAUPÈRE, se basant sur 26 observations, arrive aux conclusions suivantes :

1° Le chloroforme, chez les enfants atteints du croup, est indiqué pour pratiquer la trachéotomie ; — 2° Il agit à faibles doses et rapidement sans provoquer le plus souvent de période d'excitation ; — 3° Il n'augmente pas l'asphyxie ; — 4° Il fait cesser le spasme laryngien ; — 5° L'opération est rendue plus facile par l'immobilité de l'enfant, l'absence de congestion des veines du cou ; — 6° Loin de prédisposer à la syncope, il peut, au contraire, la prévenir en diminuant la susceptibilité inhibitoire de la région ; — 7° Son administration n'influe pas sur l'évolution ultérieure de la diphthérie ; — 8° Il permet de se passer de plusieurs aides ; — 9° Il n'y a qu'une seule contre-indication à son emploi, c'est l'asphyxie avancée ou l'existence nettement constatée de lésions pulmonaires.

109. — **Moyen de hâter la délivrance.** — Nous empruntons ce qui suit au journal du professeur Charles, de Liège: Le docteur Squires écrit au *Medical Record* que lorsque les arrière-douleurs tardent à se manifester, et que l'accoucheur est désireux de terminer la délivrance, on peut promptement provoquer les contractions utérines, en conseillant à l'accouchée de faire une inspiration profonde, suivie d'une expiration, à laquelle on met obstacle, en appliquant le dos de la main contre la bouche. Ce moyen paraît avoir réussi dans dans toutes les circonstances où il a été employé. Sans être aussi exclusif que M. Tournay, dans la thèse qu'il a soutenue devant la Faculté de Bruxelles, on peut prévoir que l'inspiration profonde remplacera avantageusement, dans certains cas du moins, les tractions faites sur le cordon.

110. — **Eczéma de l'anus et des organes génitaux.** — Lustgarten propose pour combattre cette pénible complication des affections utérines :

1° Bains de siège chauds et lotions savonneuses.

2° R. Oléate de cocaïne.................... 0 gr. 40 à 1 gr.
Huile d'olive....................... 2 gr.
Lanoline......................... 10 gr.

M. S. A. L. pour onctions deux fois par jour sur la région malade.

⁂

111. — Traitement des vomissements incoërcibles par la cocaïne à l'intérieur. — Le Dr Matthew C. Corner, appelé en toute hâte auprès d'une dame malade, la trouva dans un état de prostration excessive, tourmentée par des vomissements incessants et des efforts de vomissements extrêmement pénibles, ne pouvant retenir même de l'eau à la glace. Ces vomissements étaient dus, dit notre confrère, à un état de dysménorrhée, aggravé peut-être par les stimulants administrés comme moyen de soulagement. Il n'est fait aucune mention de grossesse. La médication la plus rationnelle ne produisit aucun bon effet, et l'état de la malade empirant le jour suivant au point de donner des inquiétudes au Dr Corner, celui-ci fit prendre à la malade cinq gouttes d'une solution de cocaïne à 20 p. 100, dans une cuillerée à café d'eau froide, qui fut avalée lentement. L'effet produit fut remarquable. La malade s'endormit d'un sommeil calme, qui dura plus de deux heures, et se réveilla avec une légère sensation de nausée seulement. L'amélioration persista. (*Paris méd.*)

112. — Nouveau traitement de la blennorrhagie applicable à l'uréthrite de la femme et à la vaginite. — Le docteur Rademaker, de Louisville (*Kentucky*), considérant que la blennorrhagie est une maladie locale et, de plus, sous la dépendance d'un parasite, pense qu'un traitement local seul doit lui être appliqué, mais que ce traitement doit avoir pour agent un parasiticide ; et il n'a trouvé aucun médicament aussi efficace que la pyridine qu'il considère comme le meilleur des *antiparasites*, employée en injections uréthrales, au moyen d'une solution dans la proportion de dix centigrammes pour 30 grammes d'eau. Il affirme que ce moyen de traitement effectue la guérison en trois ou quatre jours, sans qu'aucun autre traitement soit nécessaire.

113. — Traitement des myomes utérins par l'hydrastis canadensis. — (*Therapeutic Gazette, janvier* 1888. *Prager med. Woch* 19. 87 et *France méd.*) L'observation rapportée par le Dr Vinc. Schmidt est relative à une femme âgée de 46 ans, qui avait été mariée deux fois. Depuis l'âge de 14 ans la menstruation avait toujours été régulière. Il y a 15 ans, la malade fit une fausse

couche de trois mois. Dans le courant de 1864 un léger gonflement occupa la partie inférieure de l'abdomen, la tumeur augmenta de volume et la menstruation devint irrégulière, il y eut des métrorrhagies et des douleurs siégeant dans l'abdomen, les reins et les aines. Lorsque Schmidt examina la malade, celle-ci était pâle et affaiblie par les hémorrhagies, et une tumeur volumineuse se sentait immédiatement au-dessous de l'ombilic. Aucun signe de grossesse. Circonférence abdominale à 10 centimètres au-dessous, 1 mètre 2 centimètres; enfin l'ombilic était à 19 centimètres du pubis et à 44 centimètres de l'appendice xyphoïde. La tumeur avait le volume d'une tête d'adulte, elle était dure et occupait la ligne médiane; une autre plus petite était située à droite et au-dessus de la précédente. Le toucher vaginal permit de sentir la tumeur, et les mouvements communiqués par le doigt à l'utérus se transmettaient au néoplasme.

Malgré l'affaiblissement provoqué par les hémorrhagies, la malade ne voulut pas consentir à une opération, et le Dr Schmidt prescrivit des stimulants, le tamponnement du vagin avec le perchlorure, et donna par jour une demi-cuillerée à thé de teinture d'hydrastis canadensis. Les hémorrhagies s'arrêtèrent et, après 15 jours, la tumeur s'était affaissée légèrement. Après un traitement prolongé, la menstruation devint régulière; quatre mois après, la tumeur avait considérablement diminué de volume et l'état général était aussi satisfaisant que possible. L'hydrastis canadensis a été recommandé par nombre d'auteurs dans le traitement des affections utérines et, d'après l'observation rapportée, son usage paraît sérieusement indiqué dans le traitement des fibro-myomes, puisque, d'après Valent. Schmidt il a supprimé dans son cas la nécessité d'une intervention.

114.— Attaque de dysménorrhée soulagée par l'hypnotisme, par le Dr Devillers. — Mme X., âgée de 47 ans, est atteinte de corps fibreux utérins volumineux depuis une dizaine d'années; elle avait, au moment des menstrues, des attaques de dysménorrhée très douloureuses; depuis trois mois je la soigne à l'aide d'injections sous-cutanées d'ergotine, et depuis cette époque, soit coïncidence, soit action du traitement, les accès douloureux au moment des règles avaient disparu, quand, jeudi dernier, douze avril, je fus appelé précipitamment, j'arrivai et je trouvai ma malade en proie à des douleurs

internes d'une violence inouïe; l'accès durait depuis deux heures. Les règles avaient eu leur cours normal pendant trois jours et s'étaient brusquement arrêtées à la suite d'une émotion vive, chute avec fracas d'une suspension de salle à manger, puis les douleurs étaient survenues quelques heures après, avaient été en augmentant graduellement et étaient arrivées à un degré d'acuité tel que la malade ne se rappelait pas avoir jamais autant souffert. Le ventre était tendu, douloureux, la face grippée, il y avait des nausées et les membres étaient agités de mouvements convulsifs, la douleur arrachait à chaque instant des cris à la malade; il y avait là une double indication : 1° soulager; 2° s'efforcer de rétablir le cours des règles de façon à éviter le retour des crises douloureuses.

Mon premier mouvement fut de donner une injection sous-cutanée de morphine; mais, en présence de l'agitation nerveuse, et me rappelant, d'autre part, n'avoir pas toujours été très heureux de ce traitement en pareille circonstance, j'eus l'idée d'essayer d'abord d'hypnotiser ma malade. Je vais vous endormir, lui dis-je. « Je souffre trop, vous n'y parviendrez pas », me répondit-elle. C'était un sujet vierge de toutes manœuvres hypnotiques et les ignorant complètement; je pratiquai l'occlusion des paupières par l'application des doigts, en ayant soin de comprimer légèrement les globes oculaires; au bout d'un instant: « Vous me faites mal aux yeux »! me dit-elle. — C'est bien, c'est ce qu'il faut, essayez de dormir. » Après quelques minutes la figure avait repris son calme; par instant, pourtant, de légères contractions agitaient la face, indice de la douleur. « Vous souffrez déjà moins. » Signes de dénégation avec la tête. Je continuai pendant un quart d'heure encore la pression légère des globes oculaires, lui répétant toujours de temps en temps qu'elle souffrait moins, qu'elle ne souffrait plus; ma malade n'essayait plus de répondre et paraissait dormir d'un sommeil calme et réparateur; la famille devant laquelle j'avais opéré, était stupéfaite. J'avoue que je ne l'étais guère moins et qu'en présence de douleurs aussi violentes, je ne m'attendais pas à un succès pareil. Encouragé par ce calme, je continuai mes tentatives de suggestion. « Vous allez dormir deux heures, lui dis-je; il est quatre heures; vous vous réveillerez à 6 heures; à votre réveil vous serez aussi bien que possible, vous n'aurez pas mal à la tête, vous n'aurez plus envie de vomir, et vous ne sentirez pas plus votre ventre qu'à l'ordinaire. » Sur ce, je pris congé de la famille, en recommandant

bien au mari de réveiller notre sujet à 6 heures si tant est qu'elle ne se réveillât pas avant.

J'attendais le lendemain avec une certaine impatience; je n'interrogeai pas la malade, je la laissai me raconter ce qu'elle avait éprouvé. « Je n'ai point dormi, me dit-elle; mais j'étais dans un état de torpeur indéfinissable; la douleur a été graduellement en diminuant, et sans doute je me serais endormie, si l'on n'avait fait autant de bruit autour de moi; vers cinq heures et demie, je me suis éveillée ou je suis sortie de cet état de torpeur, et toute douleur avait disparu. »

Pour être absolument vrai, je dois dire que, peu avant mon arrivée, on avait fait prendre à la malade un lavement renfermant un gramme de choral. Le calme réparateur qui a succédé à cette crise violente était il le résultat de cette dose de choral ou de l'hypnose? J'incline vers la dernière hypothèse: 1° parce que la dose de choral, un gramme, était faible, et en second lieu parce qu'en pareille circonstance la malade, à la suite de ce médicament, n'avait jamais été soulagée d'une façon aussi complète.

Que conclure de cette observation? Je sais bien qu'elle n'est pas nouvelle; que, dans ces derniers temps, on en a publié un grand nombre du même genre et beaucoup plus intéressantes; néanmoins j'ai tenu à la raconter parce que mon scepticisme en fait d'hypnose a été un peu ébranlé; que c'est un moyen commode que nous avons tous à notre disposition pour soulager les malades et qu'il n'est pas nécessaire d'être spécialiste en la matière, ainsi que le prétendent certains médecins qui veulent que l'art de l'hypnotisme nécessite des aptitudes spéciales, et que l'on ne devient pas plus hypnotiseur du premier coup qu'on ne devient oculiste; je prétends, au contraire, que tous, sans études absolument spéciales, nous pouvons faire bénéficier nos malades de l'hypnose, et que, pour cela, une seule chose nous est nécessaire, de la patience, beaucoup de patience et voilà tout; ainsi, dans ce cas, si j'avais cessé mes manœuvres au bout de cinq minutes, je n'obtenais rien; il est vrai que j'étais décidé à employer d'autres procédés. En somme, il s'agit là d'un cas qui rentre dans le cadre du petit hypnotisme thérapeutique si bien décrit dans ces derniers temps par Bernheim. Pour nous, praticiens, c'est le seul qui nous intéresse réellement, le seul avec lequel nous pouvons être utile à nos malades. Il est beaucoup moins extraordinaire que le grand hypnotisme de Charcot, mais il est beaucoup plus pratique et beaucoup moins rare.

***

115.— Galvanisme appliqué aux fibrômes utérins. — Le Dr Franklin Martin lit un travail où il dit qu'il s'est servi du galvanisme, dans des cas du domaine de la gynécologie, environ 1,400 fois. Pour des fibrômes utérins, en particulier, il a employé le galvanisme 632 fois dans 15 cas pour lesquels il fournit à la Société les observations détaillées. — Voici ses résultats :

Rebelle au traitement et désigné pour l'opération..	1
Améliorations.	4
Guéris symptomatiquement....................	5
Complètement guéris..........................	5

***

116.— Insufflations contre la coqueluche. — (MOIZARD.)

Benjoin pulv........................	ââ 5 grammes.
Salicylate de bismuth pulv............	ââ 5 grammes.
Sulfate de quinine....................	1 gramme.

Mêlez. — Dans chacune des narines des enfants atteints de coqueluche, on fait avec cette poudre trois ou quatre insufflations par jour. Sous l'influence de ce traitement, les quintes tendent à diminuer plus ou moins rapidement, et, généralement, les vomissements disparaissent dès le début. N. G.

(*L'Union médicale.*)

***

117.— Traitement des crevasses du sein. (Dr MONTI.)

Gutta-percha.	1 gr. 10
Chloroforme pur, q. s.	pour faire dissoudre

En oindre les points excoriés où se forme, en séchant, une pellicule qui ne se détache même pas après la tétée.

(*Rev. de thérap.*)

***

118.— Le naphtol contre l'incontinence d'urine.— Aux nombreux médicaments cités dans nos précédents numéros à propos du traitement de l'incontinence, on peut joindre le naphtol qui aurait produit le succès dans l'observation suivante, citée par le *Paris Médical*, d'après le Dr Wright.

Une dame de 35 ans était atteinte d'une incontinence d'urine depuis son enfance. Elle ne souffrait pas, elle ne présentait pas de symptômes en rapport avec une cystite ou une affection calculeuse. On avait eu recours, sans succès, à des médications locales et générales.

Depuis une année, la malade était tourmentée par une toux opiniâtre, qui résistait également aux traitements divers qu'on avait institués. Dans l'idée que cette toux était en rapport avec une affection bactérienne, M. Wright prescrivit à la malade du naphtol, à prendre dans des capsules gélatineuses.

Au grand étonnement du médecin, il se produisit, sous l'influence de cette médication, une amélioration de l'incontinence d'urine. La suspension du traitement fit revenir les choses en leur premier état. Reprise du traitement, nouvelle amélioration. Finalement, la malade a été complètement débarrassée de son infirmité, qui troublait profondément son sommeil.

(*Concours méd.*)

119.— Voici une nouvelle application des propriétés anesthésiques de la cocaïne pour calmer les douleurs que déterminent chez les enfants la poussée des dents et en particulier des dents canines ; c'est à M. P. Viguier que nous devons la formule suivante:

Chlorhydrate de cocaïne.	0. 10 centigr.
Sirop simple.	10 gramm.
Teinture de safran.	X gouttes.
Mêlez.	

Faire plusieurs fois par jour des frictions douces sur les gencives endolories.

120.— Valeur thérapeutique de certains médicaments dans les hémorrhagies utérines.—*Les Nouveaux Remèdes* rapportent que, d'après le Dr Palmier, on peut, malgré la tendance à recourir en gynécologie au traitement chirurgical, trouver dans l'emploi de certaines drogues, moins brillant il est vrai, des résultats au moins aussi bons. Les hémorrhagies utérines peuvent être traitées avec succès au moyen de l'ergot, de la digitale, du *cannabis indica*, du bromure de potassium de l'arsenic, de l'acide gallique.

L'ergot est surtout très utile dans l'hypérémie chronique, la subin-

volution de l'utérus avec ménorrhagie, quand l'organe est mou, relâché et qu'il se présente des fibroïdes interstitiels et submuqueux. Les hémorrhagies produites par l'endométrite fongueuse, l'inflammation ovarienne et paramétritique ne sont pas justiciables de l'ergot. La digitale est fort utile pour combattre les hémorrhagies utérines dues à des lésions cardiaques.

Le *cannabis indica* agit d'un façon incertaine et plutôt sur le système nerveux.

Le bromure de potassium agit comme sédatif dans l'irritation ovarienne, la congestion, et est utile dans certaines formes de ménorrhagie, aussi bien que dans l'hémorrhagie produite par la péritonite pelvique, subaiguë et chronique.

L'arsenic agit en améliorant l'état général, de là sa valeur dans la ménorrhagie des jeunes filles, et pour combattre celles qui se trouvent sous l'influence de la malaria. L'auteur donne la liqueur de Fowler à la dose de 3 gouttes.

Les cathartiques énergiques exercent souvent une action favorable en arrêtant l'hémorrhagie utérine, surtout quand il y a obstruction de la circulation par suite de constipation habituelle. En général, il est bon de ne pas donner de fer dans l'intervalle des règles, à moins que la malade ne soit profondément anémiée.

On a recommandé l'*hydrastis canadensis* comme hémostatique dans les hémorrhagies utérines, quelle qu'en soit la cause.

Garrigues a obtenu de bons résultats avec le *gossypium herbaceum*, surtout quand il existe des tumeurs fibroïdes.

L'*hamamelis virginica* est inférieur à l'ergot pour arrêter les hémorrhagies soudaines, mais il est fort utile pour combattre les flux sanguins continus quand l'hémorrhagie est passive, l'utérus étant mou.

121. — Du Chloral dans les vomissements de la grossesse, par le Dr Corneille Saint-Marc (de Lusignan) (*Gazette de gynécologie*). — Le chloral possède, sans conteste, une action spéciale et directe sur la contractilité de l'estomac. La meilleure preuve que l'on puisse fournir à l'appui de ce fait, c'est l'efficacité du chloral contre le mal de mer.

Cette efficacité est connue depuis plusieurs années et j'ai pu la vérifier par moi-même un grand nombre de fois.

Entraîné par l'analogie frappante des symptômes, j'eus d'abord

l'idée d'administrer le chloral contre les vomissements du vertige stomacal : ayant réussi à arrêter ainsi en quelques minutes des vomissements durant depuis trois jours pour ainsi dire sans interruption, je renouvelai deux fois mon expérience sur des malades également atteints de vertige, et le succès fut constant.

Poursuivant ces recherches sur l'action du chloral contre les vomissements en général, je l'administrai à une de mes clientes, Mme P..., jeune femme de vingt-six ans, enceinte pour la seconde fois, parvenue au quatrième mois de sa grossesse, et laquelle, pendant toute la durée de la première grossesse et depuis le commencement de la seconde, n'avait cessé d'être tourmentée par les vomissements. Toutefois, de son aveu, depuis le commencement de sa seconde gestation, la complication se présentait avec des caractères d'opiniâtreté bien plus redoutables que la première fois.

L'amaigrissement profond, la faiblesse excessive du pouls, l'impossibilité de marcher, des rêvasseries continuelles et l'absence de tout sommeil réparateur, les palpitations survenant au moindre mouvement, les douleurs musculaires généralisées, indiquaient le degré avancé de l'inanition.

En effet, aucune nourriture n'était supportée, le simple contact d'un solide ou d'un liquide amenait immédiatement un spasme horriblement douloureux de l'estomac.

Le 27 décembre 1887, je prescrivis à la malade quatre grammes de chloral hydr. à prendre en quatre doses, avec recommandation de prendre quelque nourriture *immédiatement après chaque dose du médicament.*

Dès le lendemain, la malade put prendre ainsi une certaine quantité d'aliments. Elle ne vomit que cinq fois dans les vingt-quatre heures. Le mieux se maintint les jours suivants. Je restai alors quinze jours sans revoir ma malade.

Le 5 janvier 1883, je fus de nouveau appelé près d'elle... Sans tenir compte de mes recommandations, se trouvant beaucoup mieux, elle avait cessé l'emploi du chloral depuis deux jours et les vomissements étaient revenus.

Le chloral fut repris le 6 et les vomissements cessèrent cette fois complètement après les deux premières doses.

Le 9, l'état de la malade allait toujours en s'améliorant ; les vomissements ne s'étaient pas reproduits.

Le chloral fut supprimé le 12.

J'ai vu très souvent la malade depuis lors. Elle touche actuellement à la fin de sa grossesse, son état est excellent, et tout porte à croire qu'elle va voir se terminer heureusement une grossesse si péniblement commencée.

Je possède d'autres observations qui viennent confirmer absolument ce premier essai.

Je me suis borné à citer le cas de cette jeune femme comme étant le plus intéressant.

Ce résultat me paraît de nature à encourager les accoucheurs à essayer le chloral dans le traitement des vomissements de la grossesse.

122. — Bain térébenthiné très actif, pour combattre la névralgie lombo-abdominale liée aux affections utérines. — Le Bain conseillé par le Dr Howard Pinkney rend les meilleurs services, en pareille circonstance, employé deux fois par semaine.

Pour le préparer, on fait une émulsion concentrée de savon noir, 100 grammes; on y ajoute 60 grammes de térébenthine et on agite fortement le tout; on obtient ainsi une belle émulsion crémeuse. Pour un bain, on emploie toute cette mixture qui a une odeur agréable de sapin. Au bout de cinq minutes on ressent une diminution des douleurs et une chaleur bienfaisante dans tout le corps. Après un quart d'heure de séjour dans le bain on se met au lit où de suite on ressent une sensation de picotements non désagréable sur tout le corps; de suite après l'on s'endort et, au réveil, diminution considérable des douleurs.

123. — Alimentation des nourrices. — Le Dr Zalesky a publié, dans le *Wratch*, d'intéressantes recherches sur cette question. Voici ses conclusions principales :

1° Le lait trop gras agit fâcheusement sur le développement et la nutrition du nourrisson ;

2° Une nourriture trop abondante et composée principalement d'albumine produit une augmentation considérable de la graisse en même temps qu'une diminution du sucre;

3° En modifiant la nourriture et les habitudes de la nourrice,

nous pouvons, jusqu'à un certain degré, modifier la composition de son lait ;

4° Comme pour les animaux, chez la femme la nourriture a une grande influence sur la composition de son lait ;

5° La graisse du lait se forme tantôt directement, tantôt par l'intermédiaire de l'albumine de la nourriture. (*Rev. de thérap.*)

124. — Pansement du cordon ombilical. — M. Fagonsky, après avoir lié et coupé le cordon, saupoudre de gyps la surface de section et l'anneau ombilical, et recouvre le tout de ouate hydrophile (saupoudrée aussi de gyps), et d'une bande en toile. Avec ce procédé, on obtient toujours la mortification sèche, et on n'observe presque jamais des maladies du cordon. Il ne faut pas employer plus de 0,60 centigrammes de gyps pour le pansement, car l'excès de poudre, en tombant dans les plis de l'aine de l'enfant, pourrait y produire de l'eczéma. (*Vratch*, n° 11, et *Rev. de thérap. méd. chir.*)

***

125. — Urticaire infantile. (Burkley et Deligny.) — Le soir, onction avec cette pommade :

Hydrate de chloral	}	ââ 4 gram.
Camphre pulvérisé	}	
Gomme pulvérisée	}	
Cérat		30 —

Triturer les trois premières substances jusqu'à ce que le mélange se liquéfie et ajouter le cérat.

FORMULAIRE

—

Antipyrine et ergotine pour combattre les douleurs du cancer du l'utérus (J. Chéron).

C'est à M. Chouppe qu'est due la connaissance de ce fait intéressant, que l'antipyrine calme les douleurs que donne l'administration de l'ergot ou de l'ergotine.

Depuis quelque temps j'employais avec quelque succès l'ergotine à

l'intérieur et par la voie hypodermique pour combattre les douleurs atroces qui accompagnent le cancer utérin, lorsque M. Chouppe fit connaître l'action de l'antipyrine administrée concurremment avec l'ergot.

Je m'empressai d'utiliser aussitôt cette action et voici les résultats obtenus.

Avec l'ergot seul à la dose de quatre grammes par jour, en quatre fois, les douleurs ne tardent pas à se calmer; mais chaque fois qu'on administre le médicament, il survient des tranchées utérines extrêmement pénibles qui font redouter l'emploi de ce moyen. Si, au contraire, on emploie concurremment un gramme d'antipyrine et un 1/2 gramme d'ergot, la douleur se calme aussitôt, sans passer par les exacerbations précédentes. Avec un gramme 1/2 d'ergot et trois grammes d'antipyrine par jour, en 3 fois, les crises les plus violentes se calment rapidement.

En faisant la contre-épreuve avec l'antipyrine, on est forcé de reconnaître que l'action de l'antipyrine seule en pareil cas est beaucoup moins efficace.

Par la voie hypodermique, on observe que l'antipyrine d'une administration peu douloureuse, grâce à quelques gouttes de solution de chlorhydrate de cocaïne, agit faiblement sur la douleur du cancer utérin; une injection sous-cutanée d'ergotine Yvon, à la dose d'un 1/2 gramme, faite peu de temps après, fait disparaître la douleur en quelques minutes sans provoquer la moindre tranchée.

Il y a donc lieu d'associer ces deux substances dans le traitement du cancer de l'utérus, soit par la voie hypodermique, soit dans l'ingestion par les voies naturelles de la digestion.

Le mode d'administration de ces deux substances peut être utilisé dans la dysménorrhée et l'aménorrhée avec un parfait résultat. Il faut faire usage, en pareil cas, d'une première dose d'un gramme d'antipyrine et la faire suivre aussitôt de cinquante centigr. d'ergot ou d'ergotine.

Il ne faut pas employer plus de trois doses semblables dans les 24 heures.

En injections hypodermiques, des doses de moitié moins élevées suffisent amplement.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — Traitement de l'hématocèle rétro-utérine.

II. — Les micro-organismes du canal génital de la femme saine.

I. — Depuis que Nélaton a dénommé l'hématocèle rétro-utérine et en a fait le premier une description assez complète, c'est-à-dire depuis 1850, le traitement de cette affection a beaucoup varié. Les uns ont préconisé la ponction de la tumeur par le vagin, les autres l'incision et le drainage, avec ou sans raclage des parois de la poche enkystante ; la majorité des auteurs considèrent l'expectoration comme la règle générale. Depuis quelques années cependant les interventionnistes semblent devoir être les plus nombreux et ils se partagent naturellement en deux camps : les partisans de la laparotomie et ceux de l'incision vaginale. Zweifel en Allemagne, Francis Imlach en Angleterre, Mundé et Byford en Amérique et Trélat en France comptent parmi ces derniers ; Lawson Tait, Martin et Baumgarten préconisent, au contraire, la voie abdominale.

La laparotomie sous-péritonéale et la galvano-puncture de la poche sont des procédés qui n'ont pas encore fait leurs preuves et que nous pouvons négliger dans cette revue rapide.

Dans un travail intéressant, M. J. J. Melon (1) vient apporter de nouveaux arguments en faveur de l'incision vaginale suivie de drainage. Des statistiques importantes qu'il reproduit on peut tirer cette conclusion générale que la mortalité la plus élevée se montre dans les cas traités par l'expectation et que l'incision vaginale est, de toutes les méthodes, celle qui a donné les meilleurs résultats ; encore le chiffre de 11 % qui lui correspond devra-t-il baisser notablement, si les opérateurs prennent certaines précautions trop souvent négligées jusqu'ici. Dans les trois observations qu'il publie (dont deux inédites), la guérison a été constamment obtenue ; chacune d'elles comporte une série d'enseignements bons à retenir ; malheureusement la place me fait défaut pour les transcrire ici et je dois me borner à donner le résumé du manuel opératoire.

Mais, d'abord, à quel moment faut-il intervenir chirurgicalement ?

Il est nécessaire évidemment d'attendre que le sang épanché soit solidement enkysté par des néo-membranes épaisses et résistantes, autrement l'incision et surtout le liquide des injections pourrait pénétrer dans la cavité périnéale et déterminer une péritonite rapidement mortelle. Pour que la poche enkystante soit assez épaisse, il faut laisser passer six semaines au moins après l'apparition des accidents.

A partir de cette époque, on peut intervenir sans danger en suivant minutieusement le manuel opératoire suivant :

Avant l'opération, antisepsie complète et rigoureuse de la vulve, du vagin et de l'utérus : bains de sublimé, injections phéniquées, tamponnement iodoformé ; raser, savonner et lotionner la vulve ; lavement évacuant la veille.

Mettre à nu le cul-de-sac postérieur au moyen du spéculum de Bozeman.

Inciser la paroi vaginale, avec un bistouri ordinaire, transversalement, sur le point culminant de la tumeur, dans une longueur de 2 cent. 1/2 ; inciser couche par couche en saisissant,

(1) *Traitement de l'hématocèle péri-utérine par l'incision vaginale.* — Thèse de Bordeaux, 1888.

avec des pinces à forcipressure, les petits vaisseaux qui pourraient donner du sang. Plonger alors le bistouri dans la cavité de la tumeur en traversant la couche plus ou moins épaisse de fibrine coagulée. Entrebâiller, avec l'index, l'ouverture de l'incision pour permettre l'évacuation du liquide de la poche. — Il est inutile et dangereux d'aller détacher avec les doigts la membrane fibrineuse qui tapisse l'intérieur de la poche. Le raclage de celle-ci est également à rejeter d'après M. Melon.

Le drainage se fait au moyen de deux longs tubes de caoutchouc à parois rigides et épaisses, accolés dans une partie de leur étendue, fixés dans le vagin au moyen de tampons iodoformés et maintenus immobiles le long des cuisses par des fils. Le tube d'amenée communique avec un réservoir placé à 50 centimètres au plus au-dessus du niveau du lit (précaution indispensable pour éviter de rompre la poche), et percé d'un seul orifice au niveau de la cavité. Le tube de retour est au contraire percé de trous dans toute l'étendue qui correspond à la cavité et au vagin ; il plonge, par l'extrémité opposée, dans un bassin placé près du lit et contenant de l'eau phéniquée.

S'il n'y a pas d'accidents, on fait, toutes les trois heures, un lavage avec deux ou trois litres de liquide tiède antiseptique ; il est bon de faire alterner les divers antiseptiques pour éviter les intoxications. S'il y a des phénomènes de septicémie, il faut établir des lavages continus ou tout au moins très fréquents.

« Vers le 8e jour, dit l'auteur, la paroi fibrineuse est désagrégée ; or, les fragments s'écoulent difficilement par les tubes ; il sera bon, à cette époque, d'enlever les tubes et de faire un bon lavage au moyen d'une petite sonde uréthrale n° 18 de la filière Charrière. Entraînés par ce lavage, les caillots fibrineux pourront sortir entre la sonde et les lèvres de l'incision, tandis qu'ils sortaient plus difficilement par la cavité du tube. »

A mesure que la cavité s'oblitère, on raccourcit la sonde qui finalement peut être supprimée. On fait encore pendant quelques jours des injections vaginales.

Peut-être y aurait-il avantage à modifier légèrement cette manière de faire ; pour ma part, je serais assez tenté de remplacer

les lavages avec la sonde uréthrale par des lavages avec la sonde dilatatrice de mon maître le Dr Chéron (1) et de maintenir en permanence dans la cavité, à partir de cette époque, une bandelette de gaze iodoformée (renouvelée aussi souvent que cela serait nécessaire) qui ferait drainage en même temps qu'elle hâterait la cicatrisation. Les injections vaginales seraient naturellement continuées comme plus haut.

II. — La nécessité de la désinfection du vagin avant tout acte d'exploration ou toute intervention sur l'utérus a été suffisamment démontrée par la clinique pour qu'il soit inutile d'insister longuement sur ce sujet. Néanmoins, il y a un intérêt réel pour la satisfaction de l'esprit à appuyer les résultats pratiques sur des recherches expérimentales. C'est pourquoi je mettrai sous les yeux de nos lecteurs les conclusions auxquelles, (après Fraenkel, Trästnee, Lomer, Küstner et Goner) est arrivé Winter (2) par l'examen bactériologique de quarante vagins et cols et de trente utérus, chez la femme saine.

D'une façon générale, on ne trouve aucun micro-organisme dans l'utérus normal, tandis qu'on en trouve un grand nombre dans le vagin et le col normaux.

Il existe, dans ces derniers, jusqu'à 27 espèces différentes de microbes, parmi lesquels le staphylocoque pyogenes albus, l'aureus, le citreus, la sarcine blanche et un streptocoque. Des injections faites dans le péritoine et la plèvre, des injections intra-veineuses et sous-cutanées ont amené, chez le lapin, des accidents de péritonite avec pus.

L'existence de microbes pathogènes dans le canal génital de la femme saine suffit à expliquer comment les explorations intra-utérines étaient autrefois si dangereuses et créaient de toutes pièces des pelvi-péritonites quelquefois graves ; elle montre bien le danger des solutions de continuité accidentelles

(1) *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, février 1888.

(2) Die Mikroorganismen in Genitalkanal der gesubern Frau (*Zeitschr. für Gebur. und Gyn.* vol. XIV, 1888, et *Journal des Connaissances médicales*, juillet 1888.)

ou chirurgicales de l'utérus et indique le moyen de les rendre inoffensives. Les plis de l'arbre-de-vie, et surtout la disposition de ses colonnes médianes avec leur emboîtement réciproque qui défend si bien l'entrée de la cavité utérine à l'état normal, n'auraient-ils pas pour but de protéger cette cavité contre la pénétration de germes contenus dans le canal cervical ? Cette hypothèse serait au moins aussi facile à défendre que toutes celles qu'on a émises au sujet des fonctions de l'arbre-de-vie. La discuter nous entraînerait trop loin pour aujourd'hui.

J. B.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr Chéron.

De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

NEUVIÈME LEÇON (*suite*)

LES ECTROPIONS DU CANAL CERVICAL.

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service.

Je citerai, en terminant ce qui est relatif au pronostic de l'ectropion, l'opinion de Schultze (1), celle de Breisky (2) et celle d'Emmet (3). D'après le premier, l'ectropion a une part importante dans la production des souffrances et dans les troubles de la nutrition générale qui forment le cortège habituel de la métrite chronique. Le professeur de clinique gynécologique à l'Université d'Iéna, dont je cite les propres paroles, ajoute : « Le col renversé prend part, dans la majorité des cas, à la régression sénile de l'utérus ; cependant, il pourrait ne pas en être ainsi, et l'ectropion du col pourrait avoir sur l'état général de la malade,

(1) Schultze. Traité des déviations utérines, trad. de Hergott, Paris 1884, p. 454.

(2) Breisky, *Wiener. med. Woch* 1876, n° 49-51, et *Prag. med. Woch.*, 1877. 28.

(3) Emmet. La Pratique des maladies des femmes, trad. de Olivier. Paris 1887, p. 509.

bien au delà du temps de la ménopause, une influence plus considérable que nous ne le savons. »

Il partage, en outre, complètement l'opinion de Breisky qui a rapporté un grand nombre d'observations d'après lesquelles la cause du cancer de la matrice étant une irritation permanente de la muqueuse de cet organe, c'est l'ectropion de la muqueuse du canal cervical renversée au dehors qui, se trouvant exposée aux causes les plus nombreuses d'irritation, crée les conditions les plus favorables au développement de cette affection. On se rappellera que dans son aspect primitif et dans son développement ultérieur le cancer de l'utérus présente l'image d'un ectropion qui a pris de grandes proportions et on ne sera pas éloigné, dès lors, d'attribuer une importance encore plus grande à l'ectropion, non seulement au point de vue du pronostic immédiat de cette lésion, mais encore au point de vue de l'étiologie du cancer du col.

Emmet admet aussi que « dans presque tous les cas d'épithélioma ou d'excroissance en chou-fleur, sinon dans tous les cas, on peut faire remonter la cause efficiente à une déchirure du col. » Or, Emmet ne décrit pas l'ectropion comme lésion distincte et, pour lui, l'ectropion est tout entier contenu dans l'histoire des déchirures du col. Nous voyons donc que bien des auteurs — et je pourrais en citer encore quelques autres, — voient dans l'ectropion le point de départ habituel du cancer du col.

Suivant que l'on considère l'une ou l'autre forme d'ectropion, on se trouve en présence d'une marche rapide ou d'une marche lente.

L'ectropion par renversement des lèvres, consécutif à l'accouchement ou à la fausse couche, se fait rapidement, suivant le mécanisme que nous avons déjà exposé.

Dans le cas de prolapsus de la muqueuse du canal cervical où cette membrane tuméfiée, détachée, boursouflée par un œdème persistant et propulsée hors du canal, l'évolution se fait avec une lenteur telle que des semaines, des mois, des années peuvent s'écouler avant que la muqueuse sorte de l'orifice externe sous la forme de masse plus ou moins globuleuse.

L'une des faces de la muqueuse peut descendre seule ou avec une lenteur plus grande que la face opposée. Elle forme alors dans le canal une valvule — lésion que vous connaissez bien maintenant — dont la conséquence est l'éveil de nombreux accidents réflexes, locaux ou éloignés, qui mettent souvent en défaut la sagacité du médecin.

La durée de l'ectropion est indéfinie dans la plupart des cas, si on l'abandonne à lui-même. Cependant, il importe de savoir que, dans quelques circonstances, l'état général venant à prendre le dessus, toute prédisposition mauvaise étant écartée, l'ectropion par renversement est susceptible de s'atrophier même après avoir été le siège de larges ulcérations et de se recouvrir d'épithélium pavimenteux. Par conséquent, il peut limiter lui-même, spontanément, sa durée; c'est exceptionnel, mais le fait n'est pas niable, il m'a été donné d'en suivre plusieurs cas, dans mes longues années de service hospitalier.

Le fait étant exceptionnel, il n'y a pas lieu de compter sur ce phénomène favorable observé, je le répète, dans les cas d'ectropion par renversement seulement. Dans les cas de prolapsus, il n'a jamais été signalé de guérison spontanée.

La terminaison de l'ectropion est en général favorable. Un traitement médical longtemps prolongé vient à bout de la première forme aussi bien qu'un traitement chirurgical amène la guérison des deux variétés (renversement et prolapsus) dans un temps très court.

Le mode de terminaison sur lequel Breisky a appelé l'attention est à retenir : c'est le développement du cancer sur la muqueuse du canal cervical renversée sur les lèvres du col, car une indication thérapeutique de premier ordre en découle : ne pas laisser subsister l'ectropion en le considérant comme une lésion sans importance, en pratiquer l'ablation complète sans attendre, si le moindre bourgeon suspect vient à se développer sur cette portion de muqueuse.

Je crois vous avoir amplement démontré que les deux variétés

d'ectropion dont je vous ai entretenu représentent le second stade de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical et que l'endocervicite en est le point de départ nécessaire, fatal, de même que les valvules cervicales en sont le prélude obligé. Il en résulte, Messieurs, que vous connaissez d'avance le traitement préservatif des ectropions, puisque ce traitement préventif n'est en réalité pas autre que le traitement de l'endométrite cervicale longuement exposé dans une de nos précédentes leçons.

Mais l'ectropion existe déjà lorsque vous êtes consultés ou bien vous n'avez pas pu vous rendre maîtres de l'endocervicite initiale, soit que vous n'ayez pas agi avec toute l'énergie nécessaire, soit que la malade, ce qui est souvent le cas, ne vous ait pas laissé libre d'employer tous les moyens qu'il aurait fallu mettre en œuvre pour couper court à l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. Dans ces conditions, qu'allez-vous faire?

Le traitement de l'ectropion, je ne cesse de vous le répéter, présente autre chose à faire que l'ablation pure et simple de la muqueuse propulsée au dehors.

En effet, l'évolution morbide que nous étudions ne se fait pas sans un retentissement considérable sur l'appareil utéro-ovarien et il n'est pas rationnel d'intervenir chirurgicalement avant d'avoir fait disparaître, au moins en partie, l'état congestif, l'engorgement, l'œdème qui ont préparé cette évolution.

Il importe donc de faire subir à l'utérus un traitement préparatoire déplétif : scarifications, pansements osmotiques avec la glycérine boriquée, injections chaudes, etc. Concurremment, on calme la névralgie lombo-abdominale qui accompagne presque toujours l'ectropion, avec des frictions sédatives sur la région lombo-sacrée, des vésicatoires volants ou des pointes de feu fines et nombreuses, suivant l'intensité de la névralgie.

Après quelques jours de traitement, voire même quelques semaines, on peut intervenir chirurgicalement avec certitude de bénéfice rapide et durable. Rappelez-vous encore que si l'une des faces de la muqueuse du canal cervical est seule propulsée au dehors, il faut, avant toute intervention, s'assurer que le canal cervical est parfaitement libre ; s'il n'en est pas ainsi, et si la mu-

queuse de la face opposée a commencé une évolution qui la présente sous la forme d'une valvule obturant le canal, c'est à la dilatation qu'il faut avoir recours avant de toucher à l'ectropion.

Le tassement qui résulte de l'application d'éponges préparées, de tiges de laminaria, de bougies en filière, ou de dilatateurs à deux ou plusieurs branches, produit une irritation adhésive qui étale la muqueuse boursouflée et la fait adhérer de nouveau aux parties profondes. Si la dilatation est poussée un peu loin, la muqueuse se trouve libre et, par ce fait même, elle n'a plus de tendance à descendre. C'est alors qu'à l'aide des divers procédés que nous allons passer en revue, on détruit la portion de muqueuse procidente ou on l'excise.

Pour l'ectropion par renversement, ces procédés curatifs sont assez nombreux, mais ils n'ont pas tous la même valeur.

Je vous ai déjà parlé de l'opération d'Emmet et de celle plus rationnelle et plus complète qui a été imaginée par Schrœder; je vous ai exposé leur manuel opératoire, leurs indications spéciales, leurs avantages et leurs inconvénients. Il serait donc inutile et fastidieux d'y revenir aujourd'hui.

La destruction de l'ectropion par renversement peut facilement être obtenue au moyen de la galvano-caustie chimique.

Dans différents cas qui se sont présentés à notre observation, je vous ai montré les avantages de la galvano-caustie chimique contre les atrésies et les sténoses du col ; je vous ai appris, à cette occasion, le moyen d'utiliser l'appareil à intermittences rythmées du courant continu pour faire de l'électrolyse, ce qui s'obtient facilement en supprimant le rhéostat et en ne faisant pas passer le courant par le métronome interrupteur ; je vous ai indiqué l'intensité du courant qu'on devait employer : 20 à 25 milliampères suffisent le plus souvent ; enfin, vous avez vu qu'il fallait toujours se servir, comme électrode actif, placé dans la matrice, du pôle négatif qui donne des eschares molles non rétractiles, et mettre au contraire le pôle positif en rapport avec une large plaque d'étain recouverte de peau de chamois et pla-

cée en un point quelconque du corps, par exemple au niveau de l'une des jambes.

Il ne me reste plus qu'à vous parler de l'excitateur qui sert dans le cas d'ectropion et à vous dire la durée et le nombre des séances d'électrolyse.

L'excitateur doit être, autant que possible, approprié à la forme et à l'étendue de l'ectropion ; mais c'est là un *desideratum* qui ne peut pas toujours être rempli. Vous savez, en effet, que l'intensité des effets électrolytiques est proportionnelle au rapport qui existe entre les surfaces respectives de l'excitateur et de l'électrode indifférent, en sorte que, si la pile n'est pas très puissante, on ne peut pas se servir d'un excitateur de grande surface relativement, tel que celui qui couvrirait complètement certains ectropions. On se contente alors de détruire l'ectropion en plusieurs séances ; chacune d'elles doit avoir une durée de 4 à 10 minutes au maximum, et on les sépare par un intervalle de deux à trois jours. Après chaque cautérisation, on place sur le col un tampon de gaze iodoformée et un tampon glycériné.

Vous savez aussi, Messieurs, qu'il existe des piles portatives à galvano-caustie chimique qui sont très puissantes sous un petit volume. Le modèle de Trouvé, par exemple, est d'un maniement très commode et serait excellent si le galvanomètre qui y est annexé portait une graduation en milliampères. Avec un de ces appareils, on peut utiliser des excitateurs de surface suffisante ; alors, on se sert d'une double électrode composée de deux demi-cercles aboutissant chacun à l'un des réophores. Par suite de ce dispositif on détruit en même temps les deux portions d'un ectropion double, et, pendant chaque application, on renverse de temps en temps le courant pour faire agir le pôle négatif alternativement sur chaque lèvre du col. On suit les mêmes règles que dans le cas précédent.

La cautérisation potentielle avec le caustique solidifié de Filhos peut aussi rendre des services lorsque le praticien juge que les conditions nécessaires à l'emploi des moyens plus énergiques

ne peuvent être réalisées. Pour la cautérisation des ectropions, il faut choisir les plus gros crayons que fournissent les pharmaciens ; vous savez que ces crayons sont formés d'une couche centrale de caustique solidifié entourée d'un cylindre de plomb. On détruit l'enveloppe métallique sur une étendue de un centimètre environ, le crayon est saisi, par l'extrémité opposée, entre les mors d'une pince à pansement et, si on veut augmenter son intensité d'action, on plonge pendant quelques minutes la partie dénudée dans de l'alcool à 90° avant de commencer l'application.

Pour pratiquer cette dernière, le col est mis à nu à l'aide d'un spéculum plein de préférence, pour éviter que les parois vaginales soient cautérisées. La partie de la lèvre inférieure du col (la malade étant placée dans la position française) qui est saine, est protégée à l'aide d'un petit tampon d'ouate imbibée de vinaigre et exprimée. L'ectropion simple ou double ayant été suffisamment nettoyé des mucosités qui le recouvrent, on fait au préalable une application de cocaïne pour éviter la douleur.

Lorsque l'anesthésie locale a été obtenue, le caustique est appliqué pendant un temps variable de 5 à 10 minutes au maximum, en se guidant sur l'épaisseur des tissus que l'on veut détruire. Toute la surface cautérisée est alors soigneusement essuyée pour enlever tous les débris de caustique de Filhos qui auraient pu rester sur la plaie, tomber dans les culs-de-sac vaginaux et produire des eschares plus ou moins profondes. En outre, il est bon de faire une irrigation avec de l'eau vinaigrée. Un tampon iodoformé et un pansement glycéro-boriqué terminent cette petite opération.

Vous avez pu suivre quelques-unes de ces cautérisations et en juger les bons effets ; le plus grand inconvénient que présente ce mode d'intervention, c'est qu'il ne peut pas faire en une seule fois, comme l'excision ou la galvano ou ignipuncture profonde, une destruction suffisante des tissus qui amène une guérison rapide.

Le procédé qui m'a donné les résultats les plus complets et les

plus rapides, dans les ectropions par renversement anciens et volumineux, est l'excision à l'aide de la galvano-caustie thermique.

Toutes les précautions habituelles ayant été prises, le col est mis à nu à l'aide de mon grand spéculum à crémaillère transformé en spéculum plein au moyen d'une carte de visite, roulée en cylindre et placée autour du col, entre les deux valves de l'instrument.

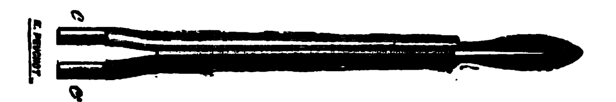


Fig. 1. — Couteau galvanique.

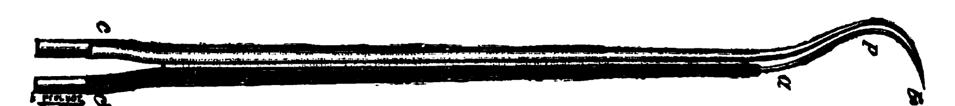


Fig. 2. — Serpette du galvano-cautère.

L'anesthésie locale est obtenue à l'aide du chlorhydrate de cocaïne ou, mieux encore, la malade est soumise au sommeil chloroformique.

Saisissant l'un des ectropions, à sa partie moyenne, avec une pince américaine, je fais saillir autant que possible l'ectropion dont les limites externes se détachent ainsi très nettement sur la lèvre correspondante du col.

Alors soit avec la serpette du galvano-cautère, soit avec un petit couteau de platine créé pour cette opération, je détache complètement l'ectropion, en pratiquant une sorte d'évidement du col. L'instrument est incliné obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, de façon à obtenir ce résultat ; si on le tenait horizontalement, on enlèverait beaucoup trop de tissu dans la profondeur du canal cervical.

La même manœuvre est répétée sur l'autre lèvre, si elle est recouverte d'un ectropion ; alors on constate que l'opération a

eu pour résultat de faire un cône dont la partie évasée est à la périphérie et dont le sommet pénètre plus ou moins profondément dans le canal cervical. Cette cavité en entonnoir est remplie avec de la gaze iodoformée, après qu'on a fait une irrigation vaginale avec de l'eau phéniquée froide ; un pansement glycéro-boriqué est appliqué, après quoi la malade est portée dans son lit. Elle y reste au moins une huitaine de jours, pendant lesquels de la glace est maintenue en permanence sur la région hypogastrique. Les pansements sont répétés tous les jours autant que possible, jusqu'à la chute des eschares qui se produit habituellement du 8ᵉ au 10ᵉ jour. A partir de ce moment, on fait des applications résorcinées et on continue les pansements tous les trois à quatre jours jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète.

L'ectropion par prolapsus de la muqueuse du canal cervical réclame un autre mode d'intervention.

Lorsqu'on assiste en quelque sorte à la propulsion de la muqueuse hors de l'orifice externe, rien n'est plus facile que de se rendre maître de cette lésion. Au début, en effet, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, le prolapsus se présente sous forme de tumeur globuleuse qui fait saillie hors du méat cervical, ne différant à première vue d'un gros polype utéro-folliculaire que par l'absence complète de pédicule. Alors, le procédé est très simple : avec une érigne à deux griffes, le prolapsus est saisi d'arrière en avant, dans sa partie libre dans le canal, puis toute cette portion herniée est limitée à sa périphérie par des flèches du galvano-cautère, ou plus simplement excisée au bistouri, de façon à tailler un cône dont le sommet vient aboutir un peu en arrière du point d'implantation de l'érigne. En même temps, bien entendu, vous avez à traiter l'endométrite cervicale par les scarifications ignées longitudinales, au besoin à pratiquer un débridement bilatéral s'il y a une sténose de l'orifice externe, etc. Pour le moment, je ne vous parle que des moyens qu'on peut employer contre l'ectropion lui-même.

Si, au contraire, l'ectropion par prolapsus est ancien, s'il s'est

étalé sur les lèvres du col et s'il est devenu plus ou moins adhérent aux parties profondes, vous avez le choix entre l'excision au galvano-cautère et la galvano-puncture ou l'ignipuncture profonde.

Pour ces dernières, vous emploierez soit la flèche la plus fine du thermo-cautère, soit, plutôt, la flèche du galvano-cautère bien plus fine encore. Cette dernière est préférable parce qu'elle peut

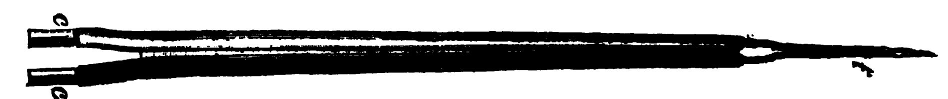


Fig. 3. — Flèche du galvano-cautère.

pénétrer bien plus facilement et plus profondément dans les tissus ; en outre, avec le galvano-cautère, l'opération est faite bien plus rapidement, car l'instrument a un faible rayonnement, d'une part, et de l'autre, il n'est porté au rouge que lorsqu'il est au contact du col. Dans ces conditions, on ne fait une irrigation froide qu'après une série de cinq à six punctures, tandis que le thermo-cautère échauffe tellement les organes qu'une irrigation est nécessaire presque après l'introduction de chaque flèche ignée dans le col. Comme on est obligé de sécher parfaitement la surface du museau de tanche et les culs-de-sac après chaque irrigation, ce qui se fait avec des boulettes d'ouate hydrophile phéniquée, l'opération devient longue et laborieuse avec le thermo-cautère. Enfin, la modification produite dans les tissus m'a toujours semblé plus profonde avec le galvano-cautère ; aussi c'est à ce dernier que j'ai recours presque constamment depuis que les accumulateurs nous permettent d'éviter tous les ennuis qu'on avait autrefois avec les piles à galvano-caustie thermique.

Sur toute la surface de l'ectropion, on fait une série de punctures en zones concentriques superposées et dirigées de façon que les punctures les plus externes soient en même temps les plus profondes et les plus obliques en dedans et en arrière. Après l'opération, l'ectropion a disparu et à sa place on ne voit plus que deux eschares sèches, noires et résistantes, trouées par les nom-

breux orifices de cylindres juxtaposés ; c'est encore, comme après l'excision, un entonnoir à base périphérique et à sommet tourné vers l'orifice interne. Il faut passer finalement sur toute cette surface le couteau courbe du galvano-cautère porté au rouge sombre de manière à parfaitement régulariser l'évidement.

Comme la galvano-puncture (et surtout l'ignipuncture) ne peut jamais être assez profonde pour détruire toute la muqueuse du canal cervical, jusqu'à l'isthme, il faut, là encore, si l'on veut éviter les récidives, faire les scarifications galvaniques en étoile du canal cervical, voire même le raclage galvano-thermique de la partie de ce canal qui avoisine l'orifice interne. Nous avons eu, il y a deux ans, un cas de ce genre qui prouve bien l'importance de cette remarque ; laissez-moi vous le rappeler en quelques mots :

Fig. 4. — Curette galvanique.

Endométrite cervicale. — Ectropion de la lèvre postérieure. — Galvano-puncture simple. — Récidive au bout de huit mois. — Ablation de l'ectropion récidivé et incisions galvano-thermiques du canal cervical. — Guérison.

Il s'agit de Mme M., cuisinière, âgée de 29 ans, habitant le Vésinet, qui vint nous consulter à notre clinique, le 16 novembre 1885.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, très peu abondamment, un seul jour chaque mois. Les règles sont très douloureuses ; le sang contient quelques caillots et des petits fragments qui semblent être de la muqueuse utérine exfoliée. Très sujette aux pertes blanches.

Cinq grossesses : deux enfants à terme, une fausse couche de

3 mois 1/2, une de 1 mois ; une dernière grossesse terminée par un accouchement à terme il y a 30 mois. Le premier accouchement a été long et très douloureux (présentation du siège) ; les autres ont été plus faciles. Après le premier accouchement, la malade s'est levée dès le lendemain et a travaillé trois à quatre jours après. Depuis cette époque, il y a huit ans, elle souffre de douleurs vives dans la région lombo-sacrée, dans le bas-ventre ; ces douleurs se sont encore accentuées davantage depuis le dernier accouchement: Sensation de pesanteur dans le bas-ventre en marchant. Envies très fréquentes d'uriner.

Bon appétit, bonnes digestions, selles régulières.

Maux de tête très fréquents. Battements de cœur en montant les escaliers. Nerveuse et impressionnable ; sujette aux douleurs rhumatismales.

Examen. — A la palpation de l'abdomen on ne trouve aucune tumeur ; le ventre est souple, mais douloureux, surtout au pincement de la peau au niveau des points hypogastriques et iliaques.

Au toucher, utérus mobile, culs-de-sac libres, col petit, peu entr'ouvert ; la lèvre postérieure du col, plus molle que l'antérieure, doit être le siège d'un ectropion granuleux.

Le spéculum permet de constater un catarrhe cervical abondant ; mucosités filantes très adhérentes ; ectropion de la lèvre postérieure.

Le cathétérisme douloureux, surtout quand la sonde presse sur la paroi postérieure du canal cervical, fait reconnaître que l'isthme est fermé, la cavité utérine saine et la matrice en direction normale.

Traitement. — Il s'agissait d'abord de calmer la névralgie lombo-abdominale et la névralgie lombo-sacrée et en même temps de diminuer les pertes blanches. Aussi nous conseillons de faire matin et soir des frictions sédatives sur la région lombaire, des injections vaginales émollientes avec de l'eau de pavot, enfin de venir une fois par semaine se faire pratiquer des pan-

sements glycérinés précédés de l'attouchement du canal cervical et de badigeonnage du col avec de la teinture d'iode.

Sous l'influence de ces soins continués pendant deux mois, la malade se trouva très améliorée, put se livrer à son travail sans trop de fatigue et cessa de venir à la clinique.

Au commencement de février 1886,elle revient nous consulter, ses dernières règles avaient été très douloureuses et elle était reprise des mêmes malaises qu'au début du traitement. Depuis un mois elle avait absolument cessé de se soigner.

Nous l'engageons alors, si elle veut avoir une amélioration plus durable de son état, à nous laisser détruire l'ectropion de la lèvre postérieure au moyen de la galvano-puncture, opération peu douloureuse et après laquelle il lui suffira de rester huit jours au lit et de se faire faire quelques pansements. L'opération est pratiquée le 15 février 1886. Le col est mis à nu à l'aide du spéculum de Vélasco (qui nous servait à cette époque).

On voit que l'orifice externe a la forme d'un croissant à concavité postérieure; l'ectropion de la lèvre postérieure, assez régulièrement circulaire, est de la largeur d'un pièce de 1 franc et comble la concavité de la lèvre antérieure au niveau de l'orifice externe.

Nous faisons dans la lèvre postérieure du col, avec la flèche du galvano-cautère rougie par les accumulateurs, deux demi-couronnes superposées, de huit flèches chacune, circonscrivant la limite postérieure de l'ectropion ; ces premières flèches sont enfoncées à un centimètre de profondeur. Parallèlement aux demi-couronnes précédentes, nous introduisons dans l'intérieur de l'ectropion lui-même, sur trois lignes superposées, une quinzaine de flèches pénétrant jusqu'à deux centimètres. Nous avons ainsi détruit tout l'ectropion qui se trouve détaché en quelque sorte des tissus sous-jacents, mais *sans toucher à la muqueuse du canal cervical* (ce qui était une faute). La malade n'a souffert qu'à la fin de l'opération et la douleur a été rapidement enlevée par les injections vaginales froides. — Lavage picrique, pansement glycériné. — Repos au lit pendant huit jours avec le traitement habituel.

Les suites de l'opération ont été simples ; la malade s'est sentie

beaucoup mieux ; elle n'a plus éprouvé de douleurs dans le ventre, ni de sensations de pesanteur ; les règles n'étaient plus douloureuses.

Mais au bout de huit mois environ les malaises ont réapparu.

Nous examinons la malade le 8 novembre et nous trouvons un ectropion polypiforme de la lèvre postérieure. Au-dessous de l'orifice externe, régulier et à peu près circulaire, on sent une petite masse molle, sans ligne de démarcation nette avec la paroi postérieure du canal cervical, mais ne s'étalant pas sur la lèvre correspondante du col ; on peut facilement passer le doigt entre celle-ci et l'ectropion et soulever ce dernier jusqu'au niveau de la lèvre antérieure. Au spéculum, l'ectropion est rabattu sur la lèvre postérieure ; mais, avec une sonde, on n'éprouve aucune difficulté à le soulever comme le faisait le doigt tout à l'heure.

La récidive est due probablement à ce que l'évolution morbide de la paroi postérieure du canal cervical n'était pas arrêtée quand nous avons pratiqué notre première opération. Nous avions donc eu tort de ne pas cautériser profondément la muqueuse du canal cervical. Insuffisamment traitée, elle s'est de nouveau boursouflée, une valvule s'est formée tout près de l'isthme, est descendue rapidement vers l'orifice externe largement ouvert par notre galvano-puncture et a donné lieu finalement à l'ectropion actuel.

L'excision de cet ectropion est pratiquée le 15 novembre avec le couteau du galvano-cautère ; on fait ensuite des scarifications ignées longitudinales et un raclage galvano-thermique complet du canal cervical. Les précautions habituelles sont prises.

Au bout d'un mois la guérison était complète ; la malade est venue plusieurs fois se faire examiner pendant l'année 1887, ainsi que nous le lui avions recommandé ; nous avons pu constater ainsi que la guérison était définitive.

N'oubliez pas ce fait, Messieurs, car il démontre mieux que de longues descriptions l'exactitude de la pathogénie que je vous ai exposée de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. N'oubliez pas non plus la nécessité des soins consécutifs aux opérations dont je viens de vous parler, pour prévenir les accidents

inflammatoires immédiats (utérins et péri-utérins) et pour diriger la réparation des pertes de substance créées par l'intervention. Ces soins consécutifs vous sont du reste déjà bien connus et il me suffit d'appeler une dernière fois votre attention sur leur importance.

(*A suivre.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE

Par Paul-David Coquard,

Ex-interne des Hôpitaux de Lille, Lauréat de la Faculté de Lille, Aide d'anatomie pathologique à la même Faculté.

(*Suite.*)

—

DIAGNOSTIC

Nous avons vu que la dysménorrhée membraneuse, rarement primitive, était presque toujours causée par une lésion organique de l'appareil génital ; nous aurons donc ici à faire d'abord le diagnostic de la dysménorrhée membraneuse, ensuite celui de l'affection qui en est la cause.

Les symptômes qui caractérisent la dysménorrhée membraneuse sont dans la plupart des cas assez bien tranchés pour qu'on ne puisse confondre cette affection avec une autre ; l'expulsion périodique d'un sac ou de lambeaux membraneux, la crise douloureuse qui accompagne cette expulsion, sont des signes ordinairement suffisants pour le diagnostic immédiat.

Il n'en est pas moins vrai qu'une erreur est possible et qu'un avortement, l'expulsion douloureuse d'un caillot, peuvent à la rigueur en imposer pour de la dysménorrhée membraneuse. Aussi jugeons-nous nécessaire d'établir à ce sujet un diagnostic différentiel et de passer en revue les différents produits qu'il serait possible de confondre avec les membranes dysménorrhéiques.

1° *Avec un avortement.* — Les signes tant anatomiques que physiologiques sont assez nets dans l'un et l'autre cas pour éviter

toute confusion, pour peu qu'on se livre à un examen un peu approfondi.

C'est ainsi que dans l'avortement le sac expulsé est ovoïde et présente un épaississement où se trouve soit l'ovule, soit la loge qu'occupait ce dernier. Dans la dysménorrhée membraneuse, le sac expulsé est triangulaire, reproduisant la forme de l'utérus, à bords déchiquetés ou tout au moins ouvert à ses trois angles. Quand le produit membraneux est rejeté en lambeaux, on peut se servir d'un procédé indiqué par de Sinety et consistant à en faire macérer pendant un quart d'heure environ un fragment dans une solution saturée d'acide picrique. Après lavage dans l'eau on porte ce fragment sous le microscope et si l'on a affaire à un morceau de muqueuse utérine exfoliée, cette muqueuse sera colorée uniformément, tandis que dans un cas d'avortement les villosités choriales se dessineront sous forme d'arborisations d'un beau jaune. Mais c'est surtout l'analyse histologique, ainsi qu'on l'a vu précédemment, qui donne les résultats les plus concluants.

Les perturbations physiologiques qui accompagnent l'avortement ou la dysménorrhée membraneuse peuvent aussi être d'une grande utilité pour le diagnostic. Les cas où l'expulsion de membranes dysménorrhéiques n'a eu lieu qu'une seule fois sont si rares qu'ils sont niés par Haussmann ; l'observation de Schrœder que nous avons signalée plus haut avait rapport à une femme qui allaitait au moment où ses règles revinrent, règles accompagnées de rejet de débris membraneux et de crise dysménorrhéique. L'avortement, au contraire, peut souvent ne se présenter qu'une seule fois et, même dans les cas où l'accident se répète, il ne revêt pas les allures de régularité périodique qu'on observe pour la dysménorrhée membraneuse.

Dans cette affection, le flux menstruel arrive à intervalles souvent réguliers ; dans l'avortement, au contraire, comme le fait avec juste raison remarquer Gallard, « la conception suivie de l'expulsion de l'œuf occasionne toujours un retard plus ou moins considérable dans l'apparition du flux sanguin qui entraîne les membranes ».

Dans le premier cas, le col est fermé, les douleurs devancent

l'hémorrhagie ; dans le second, le col est ouvert, il y a hémorrhagie avant les douleurs (Mme Lachapelle).

Il n'est pas besoin de faire remarquer l'importance de l'état d'intégrité de la membrane hymen (obs. de Courty, où cet auteur alla chercher un lambeau membraneux derrière un hymen intact).

L'abstention bien constatée de tout rapport sexuel peut être d'une certaine importance dans les cas douteux lorsque l'examen anatomique des membranes ne peut être fait.

2° *Avec la vaginite épithéliale.* — La desquamation en masse des couches superficielles de la muqueuse (vaginite épithéliale de Farre et Tyler Smith), expulsées avec le sang menstruel, peut quelquefois en imposer pour une exfoliation de la muqueuse utérine.

L'erreur a du reste été commise, et Tilt, par exemple, nous cite un cas de ce genre comme une observation de dysménorrhée membraneuse. Au reste, l'expulsion de cette membrane a lieu ici sans douleurs, et l'examen microscopique fait distinguer à première vue les lambeaux d'épithélium pavimenteux stratifié de la muqueuse vaginale à type dermo-papillaire des membranes provenant de l'utérus. Même à l'œil nu, on peut souvent reconnaître des plis reproduisant la disposition typique des colonnes charnues du vagin. Se rapprochant de cette vaginite superficielle, nous pouvons signaler le cas rapporté par Siredey, où la masse membraneuse expulsée avec le sang menstruel résultait d'une desquamation limitée aux culs-de-sac vaginaux.

3° *Avec un caillot.* — Le dernier produit que l'on pourrait à la rigueur confondre avec la muqueuse utérine exfoliée est le caillot soit purement fibrineux, soit muco-fibrineux. Si l'erreur peut se faire au point de vue macroscopique, elle devient impossible si l'on a recours à l'emploi du microscope. Et même, à la simple inspection, le caillot rose grisâtre à la surface, rouge à la partie profonde, à structure lamelleuse stratifiée, élastique, se différencie aisément de la muqueuse utérine qui est sanglante,

lacérée, tomenteuse, avec des villosités sur l'une de ses faces, lisse et crébriforme de l'autre. Au microscope, l'exsudat est constitué par une trame fibrineuse englobant des leucocytes et des hématies, auxquels viennent quelquefois s'adjoindre quelques rares éléments desquamés de la muqueuse utérine, donnant dans ces derniers cas à l'ensemble un aspect d'organisation, qui est loin toutefois d'approcher de celui que présente la membrane dysménorrhéique.

A part ces quelques produits soit pathologiques, soit physiologiques, que nous venons d'énumérer, il n'en est pas d'autres avec lesquels on puisse confondre la muqueuse utérine exfoliée.

Le diagnostic de la dysménorrhée membraneuse est donc facile à faire ; il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de déterminer la cause de l'affection.

L'interrogatoire de la malade sur le début, la durée, la forme de l'expulsion membraneuse, l'intensité de la crise dysménorrhéique, est ordinairement insuffisant pour établir l'étiologie de la maladie. Car, s'il est des cas où l'état général est manifestement la cause de la dysménorrhée membraneuse (cas de Bordier, Dys. memb. d'origine dartreuse), il en est d'autres, infiniment plus nombreux, où l'affection primitive siège dans l'appareil génital.

La palpation abdominale nous permettra de reconnaître l'existence de tumeurs, polypes, etc. Le spéculum nous montrera la forme, les dimensions, la situation du col, etc... ; les rétrécissements nous seront indiqués par le cathétérisme, de même que les déviations utérines par l'hystéromètre.

Nous devrons donc mettre en action tous ces éléments de diagnostic de la cause primordiale, afin d'arriver, s'il est possible, à un traitement rationnel.

PATHOGÉNIE.

Nous avons vu, à la fin de notre historique, que si l'expulsion douloureuse des membranes est un fait indéniable, admis par tous les auteurs, ces derniers sont loin de s'accorder sur la nature et l'origine de ces produits.

En effet, s'il est des cas où c'est bien à la muqueuse utérine que l'on a à faire, il en est d'autres où l'on peut manifestement reconnaître dans le produit expulsé, soit la présence ou la trace d'un ovule, soit la structure d'un caillot ; et le tort exclusif des auteurs est, comme le fait remarquer Gallard, « d'avoir voulu généraliser et étendre à tous les autres faits la théorie pathogénique dont l'évidence les avait frappés ».

C'est ainsi que pour Denman, Hufeland, la membrane était toujours un produit d'avortement, une décidue gravide, de même pour Raciborski qui, d'ailleurs, revint plus tard sur son idée première.

Wyder, se basant sur les différences de forme et de volume qui séparent les grands éléments irréguliers de la caduque des petites cellules rondes que présente la muqueuse de l'utérus non gravide, dit, avec juste raison, que si la membrane a la structure de la caduque, on doit conclure à un avortement, soit que l'œuf ait échappé à l'examen, soit qu'il y ait eu grossesse extra-utérine. Il ajoute que les cas cités par les auteurs où des vierges avaient rendu des membranes déciduales ne sont pas démonstratifs. « Car, dit-il, une partie de ces observations doit être considérée comme non avenue, les membranes n'ayant pas la structure de la caduque, mais étant dues à l'exagération du processus menstruel ; d'autre part, on sait qu'un vagin étroit et un hymen intact n'empêchent pas, d'une manière absolue, la fécondation. »

Citons encore dans cet ordre d'idées Cory, qui, d'après une observation publiée en 1878, observation ayant trait à une dame atteinte de dysménorrhée membraneuse et qui avait eu trois avortements, conclut avec Haussmann que le rejet membraneux est toujours dû à une imprégnation imparfaite. Les faits de plus en plus nombreux de dysménorrhée membraneuse relatés chez des vierges (Lehnert, Lange, Eggert, Dubois, Courty, Taulier, etc...) l'abstinence de tous rapports sexuels rigoureusement observée chez plusieurs femmes (Finkel, Courty, etc...) rendent insoutenable cette théorie ainsi formulée d'une manière exclusive.

Pour Churchill, Copland, Aswhell, le produit expulsé n'aurait

jamais d'organisation; ce serait un caillot fibrineux. Quoique cette forme de dysménorrhée, que Troque désigne sous le nom de pseudo-membraneuse, soit réelle, elle est bien plus rare que la dysménorrhée membraneuse vraie. Admise par tous les auteurs actuellement, elle est considérée à tort par Gallard comme un stade intermédiaire entre la mue cataméniale normale et la dysménorrhée membraneuse, comme une sorte d'acheminement vers cette dernière.

Nous n'avons, ici, en vue que les cas où le produit expulsé avec le sang menstruel est bien la muqueuse utérine exfoliée et nous étudierons successivement: 1° la pathogénie des membranes; 2° celle des symptômes concomitants.

I. — Avec la pathogénie des membranes nous abordons le point le plus obscur de l'histoire de la dysménorrhée membraneuse ; les discussions les plus vives se sont produites à ce sujet et durent encore de nos jours. Malgré les recherches les plus minutieuses et la multiplicité des travaux, cette question est loin d'être élucidée. Il nous sera donc impossible de fournir une explication complète du phénomène morbide qui caractérise essentiellement l'affection ; mais après avoir analysé les différentes théories émises à cet égard, nous essayerons de formuler l'interprétation qui nous paraîtra la plus conforme à l'ensemble des faits, et nous pourrons au moins indiquer quelle est la direction à donner aux recherches complémentaires indispensables pour arriver à une solution définitive.

Nous ne citerons que pour mémoire l'*Ovarian Influence*, d'Oldham ; car si quelquefois l'expulsion membraneuse s'accompagne de troubles inflammatoires du côté de l'ovaire, il est bien des cas où l'ovarite n'existe pas. D'ailleurs, cet auteur partait d'une donnée entièrement fausse, puisqu'il croyait à une influence nerveuse, venant de l'ovaire et agissant sur les glandes utérines qui sécréteraient une membrane analogue à la caduque.

Une opinion beaucoup plus répandue est celle qui assigne comme origine à la formation des membranes dysménorrhéiques, un état inflammatoire de l'utérus. C'est à cette hypothèse

que se rallie Tilt, dans une communication à la Société médicale de Londres en 1853. Il relate diverses autopsies, qui toutes lui ont montré un épaississement considérable de la muqueuse et une hyperhémie prononcée du corps de la matrice.

Montgommery, Churchill, Copland étaient arrivés avant lui (1846-48) aux mêmes conclusions; mais ces observateurs s'appuyaient sur un cas de dysménorrhée exsudative et non membraneuse. Du reste, Tilt modifia par la suite ses appréciations premières, et dans une publication datant de 1861, il professe que l'état inflammatoire peut être tout aussi bien la conséquence que la cause de la dysménorrhée.

En France, c'est surtout dans les travaux de Troque, Huchard et Labadie, Taulier que se trouve développée la théorie de l'endométrite.

Nous empruntons à Bernutz l'exposé des principaux arguments qu'on peut opposer à cette explication pathogénique :

D'abord, il arrive souvent, ainsi que le fait remarquer Williams, que la dysménorrhée apparait avant tout symptôme d'endométrite. Cet auteur a eu sous les yeux un cas où se manifestèrent successivement : 1° une expulsion membraneuse sans douleur ; 2° une dysménorrhée membraneuse, et enfin 3° une endométrite consécutive qui finit par s'établir à l'état chronique.

Bien plus, la dysménorrhée peut passer inaperçue et c'est souvent l'endométrite, lorsqu'elle éclate comme affection secondaire, qui attire l'attention du médecin sur la présence des membranes.

D'autre part, il n'existe aucune proportion entre la fréquence de l'endométrite sous ses diverses formes et la rareté bien connue de la dysménorrhée membraneuse. Cet argument est évidemment d'un grand poids dans la discussion et nous prouve manifestement qu'on ne saurait considérer l'inflammation antécédente comme la seule cause pathogène.

Suivant la remarque de Bernutz, l'objection tirée de la disproportion de fréquence entre les deux affections, peut aussi s'appliquer à l'étiologie proposée par Williams. D'après cet auteur, la dysménorrhée membraneuse serait due à un excès de tissu

fibreux dans l'utérus. Or, l'hyperplasie pathologique de ce tissu se rencontre aussi bien dans l'endométrite que dans une foule de maladies chroniques, les néoplasmes, etc., de l'utérus. Comment expliquer dès lors la rareté de la dysménorrhée membraneuse?

D'ailleurs, la statistique donnée par Williams lui-même ne milite guère en faveur de cette manière de voir. Des 14 observations sur lesquelles il se fonde, une seulement est accompagnée d'autopsie; dans deux autres, la dysménorrhée date de la première menstruation, de sorte qu'on peut à la rigueur admettre un arrêt de développement de l'utérus; quant aux 11 autres malades, l'existence d'un excès de tissu fibreux est purement hypothétique.

L'explication proposée par Williams s'appliquerait *peut-être* à certains cas particuliers; c'est ainsi que dans notre première observation la malade présente un utérus fibreux, petit, incomplètement développé, et a été dysménorrhéique dès sa première menstruation. Mais il en est tout autrement pour la dame qui fait le sujet de notre seconde observation, ainsi que pour une foule de cas analogues cités par Tilt, Scanzoni, Bernutz, etc.

Une opinion qui s'écarte absolument des précédentes a été émise par Gautier au Congrès de Genève de 1877. Pour lui, la dysménorrhée membraneuse n'est que de l'ichthyose utérine et il appuie son dire sur une observation qu'il emprunte à Maier, de Berlin, observation dans laquelle les lambeaux expulsés variaient comme dimension de 0^{m}001 à 0^{m}01; et il ajoute un peu plus loin: « On reconnaîtra qu'il existe dans certaines affections des membranes tégumentaires ou muqueuses (dont l'ichthyose est le type le plus caractérisé) des desquamations par grands et petits lambeaux qui peuvent être mis en parallèle avec l'affection utérine qui nous occupe ». On peut invoquer indirectement à l'appui de cette théorie ce fait que la dysménorrhée membraneuse paraît être quelquefois sous la dépendance d'une diathèse; c'est ainsi que Gautier cite un cas de Bordier où la malade fut guérie par le traitement arsenical. Il invoque de même l'hérédité et cite l'observation des six sœurs dysménorrhéiques du docteur Duplan.

Il faut avouer que ce sont là des coïncidences bien exceptionnelles ; il est à remarquer, d'ailleurs, que dans l'ichthyose la muqueuse est fortement épaissie, même pendant les époques intercalaires, tandis que dans la dysménorrhée l'épaississement est faible et ne tient qu'à l'inflammation concomitante ; de même les lambeaux de l'ichthyose ont également une grande épaisseur, tandis que ceux de la dysménorrhée ne dépassent guère 1 mm. 1/2. Il faut enfin reconnaître avec Bernutz qu'il n'y a aucune analogie entre la desquamation continue de l'ichthyose et l'expulsion par crises périodiques des membranes de dysménorrhée. D'ailleurs la constitution histologique des membranes ne permet pas de s'arrêter à cette hypothèse ; de plus, cette théorie néglige l'explication des phénomènes douloureux dans les cas où l'on ne peut invoquer comme cause efficiente de ce dernier symptôme l'atrésie du col.

L'insuffisance de toutes ces théories particulières et l'impossibilité d'arriver par elles à une conception satisfaisante au point de vue de la pathogénie, devait amener les gynécologistes à chercher dans la physiologie une base d'interprétation plus solide.

C'est en considérant les phénomènes morbides comme une perversion ou une exagération des faits physiologiques que l'on peut espérer arriver un jour à une explication plus rationnelle de l'exfoliation membraneuse de la muqueuse utérine.

Simpson déjà avait entrevu cette voie, lorsqu'il essayait de rattacher la dysménorrhée membraneuse à une « suractivité fonctionnelle de l'utérus ». Siebold, Barnes sont plus explicites en disant que la dysménorrhée membraneuse dépend d'une congestion menstruelle exagérée. L'hyperhémie constitue certainement un facteur d'une certaine importance. Pourtant elle n'est pas absolument liée à l'expulsion des membranes dysménorrhéiques. On peut observer la production de ces dernières sans aucun phénomène congestif, et d'autre part l'utérus peut être le siège d'un afflux sanguin très abondant sans qu'il y ait trace d'exfoliation muqueuse.

Dans le même sens, West, Mauriac rattachaient la formation

membraneuse au processus physiologique, malheureusement encore peu connu à cette époque de la menstruation.

Il faut en arriver aux travaux de Haussmann, Hegar, Maier sur la fonction menstruelle à l'état normal, ainsi qu'à des autres publications récentes sur le sujet qui nous occupe pour voir le jour se faire un peu sur la pathogénie de la dysménorrhée membraneuse.

Il est certainement beaucoup plus logique de considérer la production des membranes comme une perversion de la mue périodique de la muqueuse utérine au moment des règles, que de rapporter ce phénomène à des lésions banales auxquelles leur fréquence même doit faire dénier toute influence pathogénique, ou à des processus morbides dont l'existence même est douteuse.

Si la question, une fois entrée dans cette voie, n'a pas progressé plus rapidement, c'est que l'incertitude règne encore sur une série de points essentiels concernant la physiologie de la menstruation.

Pour ce qui a trait à la mue cataméniale en particulier, deux opinions diamétralemement opposées se sont fait jour dans ces dernières années :

1° Ruge, Mœricke, de Sinéty prétendent qu'il n'y a aucune desquamation de la muqueuse pendant la menstruation ; celle-ci serait bornée à un simple état congestif amenant une hémorrhagie par transsudation, sans rupture bien appréciable des conduits vasculaires.

2° La seconde théorie admet, au contraire, une desquamation de la muqueuse soit moléculaire, soit par lambeaux plus ou moins volumineux à chaque époque menstruelle. C'est celle qui a rallié le plus grand nombre de suffrages parmi les auteurs contemporains (Williams, Léopold, Wyder, etc.). Voici, par exemple, en quels termes Hensen décrit la succession de phénomènes qui se passent pendant la menstruation :

« La muqueuse commence à s'épaissir une dizaine de jours avant l'apparition des règles et atteint progressivement 5 à 7 mm. au lieu de 2 à 3 qu'elle a ordinairement. Les espaces lymphatiques présentent une dilatation notable ainsi que les glandes, » et plus

loin : « Lorsque le gonflement de la muqueuse a atteint son maximum, on voit survenir la congestion menstruelle qui amène des extravasats sanguins de petit volume dans l'épaisseur des tissus ; l'hémorrhagie se fait par les capillaires, par diapédèse ou par rupture, et quand elle est terminée, l'épithélium de revêtement, le col des glandes et la couche superficielle de la muqueuse subissent la dégénérescence graisseuse, se mortifient et sont éliminés. »

Supposons que ce processus augmente d'intensité, la congestion est plus violente, des extravasats sanguins plus abondants siègent dans les couches profondes de la muqueuse ; les parties superficielles, au lieu de s'éliminer peu à peu, molécule à molécule, sont desquamées en bloc et rejetées, grâce aux contractions utérines, sous forme de membranes dans lesquelles, comme nous l'avons vu, nous retrouvons de nombreux foyers hémorrhagiques.

C'est la théorie de l'apoplexie, admise par Hégar, Maier, Eigenbrodt, etc.

Courty explique d'une façon à peu près analogue l'exfoliation pathologique de la muqueuse. « Un excès de l'hyperhémie peut suffire pour constituer un obstacle à l'écoulement menstruel et est une cause locale de décollement de la muqueuse par exhalation sous-jacente. » Plus loin il ajoute que même cette hyperhémie n'est pas nécessaire, et que « quand la fécondation n'a pas lieu, la muqueuse revient à son état normal, toute congestion cesse. Mais que ce travail de retour vienne à manquer, par suite d'une maladie locale ou d'un état général retentissant sur l'utérus, il y aura de grandes chances pour que la muqueuse se desquame ».

Dans cet ordre d'idées, on considère les modifications menstruelles de la muqueuse comme une sorte de préparation à la réception de l'œuf fécondé ; elles constitueraient ainsi le premier pas vers la formation de la caduque. En cas de non fécondation, les choses en resteraient là, et la paroi de la matrice reviendrait peu à peu à l'état de repos, jusqu'à la période suivante. Un épaississement de la muqueuse dépassant la limite normale, des extravasats sanguins interstitiels amenant le décollement de lam-

beaux plus ou moins étendus, tels seraient les principaux facteurs sous l'influence desquels la dysménorrhée membraneuse viendrait se greffer sur le phénomène physiologique des règles.

Malheureusement, nous manquons encore de données précises, tant sur la structure anatomique de la muqueuse menstruelle à ses différents stades, que sur les rapports de la menstruation avec l'ovulation et la fécondation. Tant que cette lacune dans nos connaissances ne sera pas comblée, nous devons nous contenter d'une formule très générale, et par cela même assez vague, en disant que la cause de la maladie n'est autre chose qu'une exagération du processus menstruel physiologique, une sorte de *perversion de la mue cataméniale* (Bernutz).

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 *mai.* — Présidence de M. POLAILLON.

OVARIOTOMIES POUR FIBROMES UTÉRINS.

M. P. SEGOND. — J'ai fait quatre fois la castration ovarienne sur des malades atteintes de fibrômes utérins.

Voici le résumé des observations de ces malades :

La malade de l'observation I, âgée de vingt-six ans, avait des métrorrhagies et des troubles dysménorrhéiques. Les dispositions anatomiques du fibrôme n'ont permis que l'ablation de l'ovaire gauche, et cependant la malade a retiré les meilleurs effets de l'intervention. Les règles sont devenues régulières et non douloureuses. L'opération date maintenant de près de deux ans.

La malade de l'obvervation IV a été opérée pour des crises dysménorrhéiques effroyables et rebelles à toutes les médications. La double castration ovarienne a fait disparaître tous ces troubles; mais comme l'opération ne date que de huit mois, l'appréciation définitive du résultat doit être réservée, d'autant que depuis deux mois environ il s'est produit un certain nombre d'hématémèses.

Chez les deux autres malades, opérées depuis deux ans, les effets de la castration double ont été des plus nets. Toutes deux portaient des fibrômes de moyen volume remontant jusqu'à l'ombilic ; elles étaient en outre épuisées par des métrorrhagies extrêmement abondantes et l'une des deux tout au moins, aurait, sans l'intervention, rapidement succombé. Dans les deux cas, l'ablation bilatérale des annexes (ovaires et trompes) a été suivie de la cessation définitive des hémorrhagies et de l'atrophie rapide des fibrômes.

Chez l'une des deux dernières opérées, il s'est produit une complication post-opératoire assez grave : au neuvième jour, quelques heures l'après l'ablation des fils, et pendant une quinte de toux, la cicatrice s'est désunie et les intestins ont fait irruption sous le pansement. L'intestin a été réduit, la déchirure suturée et la malade a guéri. J'estime qu'on doit se méfier de la possibilité de cette complication toutes les fois qu'à la suite d'une laparotomie la cavité péritonéale reste habitée par une tumeur plus ou moins volumineuse. Voici maintenant quelques considérations générales sur les indications de la castration ovarienne dans le traitement des fibrômes qui me paraissent résulter de l'étude de ces quatre cas.

Il est à bon droit reconnu que la castration convient aux fibrômes de dimension moyenne ou petite qui provoquent, soit des troubles fonctionnels graves, soit des hémorrhagies profuses. Mais ce n'est là qu'une formule générale. Les autres considérations dont il faut tenir compte en clinique sont trop variables pour se prêter à des jugements absolus. Toutefois, parmi ces considérations, il en est une très importante sur laquelle j'insiste d'une manière particulière et qui doit, à mon avis, jouer un rôle décisif : c'est la facilité d'exécution plus ou moins grande de l'opération.

Pour moi, une castration trop laborieuse est toujours une opération très grave, et comme le diagnostic de la plus ou moins grande facilité de castration, contrairement à l'opinion d'Hegar, est impossible avant l'ouverture du ventre, j'appuie cette conclusion déjà formulée, qu'une castration ovarienne ne doit être tout d'abord qu'une laparotomie exploratrice. Puis, lorsque le ventre est ouvert, on doit opter pour telle ou telle opération, en se guidant sur la comparaison de leur gravité respective, et c'est alors

qu'il faut bien se souvenir de la gravité particulière des castrations trop laborieuses.

En présence d'un cas donné de fibrôme utérin exigeant une intervention transpéritonéale, toute castration projetée ne sera donc faite que lorsque son exécution paraîtra simple. Par contre, en présence de difficultés opératoires réelles,le chirurgien ne s'attardera pas à des recherches inutiles ou dangereuses, et difficulté pour difficulté, il donnera la préférence à l'ablation directe des fibrômes. Cette formule est sans doute très générale, mais,les variétés multiples de la clinique ne permettent pas de préciser davantage.

M. Terrier. — J'ai fait un certain nombre de castrations ovariennes dans les conditions dont vient de parler M. Segond et je partage entièrement sa manière de voir. Les ovaires sont en effet souvent fort difficiles à détacher et à pédiculiser et fort souvent on est exposé à en laisser un débris, ce qui suffit pour exposer au retour des hémorrhagies. Dans un cas, j'ai dû me contenter de lier les vaisseaux se rendant à l'organe, dans l'espoir d'en obtenir l'atrophie. Comme cette malade est morte des suites de l'opération, je ne puis dire quel eût été le résultat de cette manœuvre.

Quant à indiquer les cas dans lesquels on devra, une fois la laparotomie faite, préférer la castration à l'hystérectomie, il est impossible de le faire avec quelque précision. D'ailleurs, la question des indications et contre-indications de la castration ovarienne est là tout entière, et cette question est beaucoup trop complexe pour la discuter en quelques mots.

J'ai eu un accident analogue à celui que vient de signaler M. Segond.

Chez une de mes malades, ayant enlevé les fils, huit jours après l'opération, la suture se désunit pendant la nuit à la suite d'un effort de toux et les intestins recouverts de l'épiploon sortirent au dehors. Ils restérent ainsi dans le pansement, pendant 12 heures. Au bout de temps, on réduisit, on fit de nouvelles sutures et la malade guérit.

Depuis lors, afin d'éviter le retour de pareils accidents, je fais des sutures profondes que j'enlève assez rapidement et des sutures superficielles que je laisse plus longtemps en place.

M. Bouilly. — J'ai fait huit fois la castration en cas de tumeur fibreuse utérine.

Dans quatre cas, il s'agissait de remédier à des hémorrhagies graves. Le résultat de l'opération a été excellent et il a été obtenu d'emblée.

Dans deux autres cas, il s'agissait d'arrêter le développement de fibrômes à marche rapide et donnant lieu à des douleurs vives. Les résultats ont également été excellents : les tumeurs ont pour ainsi dire diminué de volume à vue d'œil.

M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Je partage complètement les avis qui viennent d'être exprimés à propos de la castration ovarienne pour fibrômes utérins.

J'ajouterai que lorsque l'on a à apprécier les conditions qui imposent l'intervention, il faut tenir grand compte de la situation sociale de la malade. Certains fibrômes, facilement supportables pour une malade riche, qui peut se reposer au moment de ses règles, seront absolument intolérables pour une femme obligée de gagner sa vie. L'opération, inutile dans le premier cas, s'impose dans le second.

En ce qui concerne les difficultés que le chirurgien éprouve quelquefois à détacher les ovaires et à les pédiculiser, je ferai remarquer que bien souvent il m'est arrivé de détacher et d'enlever des ovaires qui, à première vue, m'avaient paru impossibles à énucléer. On peut, avec de la patience, obtenir des résultats qui semblaient impossibles au premier examen. Cela est d'autant plus important à savoir qu'il ne faut pas oublier que l'hystérectomie est toujours une opération particulièrement grave qu'il faut réserver, aux cas où il est absolument impossible de faire autrement.

En ce qui concerne les sutures, j'ai adopté depuis quelque temps la suture séparée du péritoine. Je fais également des sutures superficielles au crin de Florence, et je les laisse longtemps en place parce que je les préfère aux moyens contentifs externes, tels que le collodion.

Séance du 30 mai.

Présidence de M. POLAILLON.

TRAITEMENT DES FIBRÔMES UTÉRINS.

M. TILLAUX. — Je désire ajouter quelques mots à ce qui a été dit dans la dernière séance au sujet du parallèle que l'on a établi entre l'hystérectomie et l'oophorectomie :

Je suis loin d'adopter l'opinion qui a été émise en faveur de cette dernière opération : on prétend que l'ablation des ovaires présente moins de gravité que celle de l'utérus ; il n'en est pas moins vrai, cependant, que c'est une opération sérieuse et qui, certes, n'est pas exempte de dangers, puisque, dans une récente statistique, on note 14 % de mortalité. Tout dernièrement j'ai fait une castration, dont le résultat a été funeste ; mais il est juste d'ajouter que je ne me suis pas trouvé dans des conditions très défavorables.

L'hystérectomie, tout en étant une opération grave, l'est cependant beaucoup moins que l'on ne pense ; il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les différentes statistiques, et en particulier sur celles qu'ont publiées les chirurgiens allemands : leurs statistiques sont bonnes. Pour ma part, sur six hystérectomies, que j'ai pratiquées, j'ai eu cinq succès ; quant à ma sixième opérée, elle est morte d'hémorrhagie, que j'attribue à une faute opératoire, au défaut de constriction du pédicule ; il est probable que ma ligature avait été mal faite.

Un autre avantage que posséderait, a-t-on dit, l'oophorectomie, serait la facilité avec laquelle on peut la pratiquer : cela est parfois vrai, mais il n'en est pas toujours ainsi ; assurément lorsque l'ovaire se présente immédiatement, lorsqu'il saute à la vue, pour ainsi dire, il n'existe pas grande difficulté opératoire ; mais il est des cas, encore assez nombreux, où il est fort difficile de le découvrir, de le reconnaître, et quelquefois même on reste dans l'impossibilité d'en faire l'ablation ; mais il est, suivant moi, un reproche encore plus sérieux, que l'on peut adresser à cette opération, c'est que souvent elle ne permet pas d'atteindre le but que l'on se propose : les résultats thérapeutiques sont nuls ou minimes, et le chirurgien et le malade n'ont guère à se louer de l'intervention qu'ils ont entreprise et subie.

C'est qu'en effet l'oophorectomie ne pare pas sûrement aux différents accidents que provoquent par exemple les gros fibrômes. D'un autre côté, je ne sais si elle remédierait aux douleurs que souvent les malades ressentent, ainsi que cela s'est présenté pour les six malades, sur lesquelles j'ai fait l'hystérectomie ; il est bien probable que, dans ces cas, ces douleurs auraient persisté, si l'on n'eût eu recours qu'à la castration ; je ne crois donc

pas, qu'en pareille circonstance, on puisse avoir une certitude de guérison.

Je reconnais cependant que ce peut être une bonne opération lorsqu'il faut lutter uniquement contre des hémorrhagies? Ce sont les cas auxquels elle semble surtout s'adresser : toutefois, même en pareil cas, lorsque je me trouve en présence d'un fibrôme utérin, et qu'une intervention est nécessaire, j'estime que l'hystérectomie est la première opération à discuter : Si l'on reconnait qu'elle est impraticable, on aura alors recours à l'oophorectomie ou à la ligature des vaisseaux.

Je profite de ce que je suis à cette tribune pour vous communiquer l'observation d'une tumeur abdominale que je viens d'enlever chez une fille vierge, âgée de 44 ans. Cette tumeur, que je ne pus explorer par le vagin, offrait les caractères d'une tumeur fibreuse, développée aux dépens de l'utérus : à cause de certains accidents, l'opération fut décidée et pratiquée le 21 avril dernier. L'incision abdominale faite, je me suis trouvé en présence d'une tumeur fibreuse, indépendante de l'utérus, et incluse dans les ligaments larges, elle était accompagnée d'une tumeur volumineuse, fusiforme, noirâtre et se prolongeant en bas jusque dans le bassin et constituée par des veines volumineuses : c'était un énorme varicocèle des veines ovariennes. Je fis l'ablation des deux tumeurs. Le fibrôme put être énucléé sans faire de pédicule. La malade a guéri. Le poids de la tumeur fibreuse était de treize livres.

M. Monod. — Il y a deux ans se présentait à moi une femme de trente-neuf ans, atteinte d'un fibrôme moyennement volumineux, mais donnant lieu à des hémorrhagies abondantes, dangereuses : une intervention radicale était nécessaire ; elle fut décidée, et en avril 1886, j'ouvris le ventre, prêt à faire l'hystérectomie ou l'oophorectomie : la première fut impraticable et je me contentai d'enlever seulement les ovaires. Immédiatement après survinrent des accidents ; tout d'abord les règles reparurent, bientôt suivies d'une perte qui se prolongea jusqu'au 15 mai ; dans les six mois qui suivirent, la malade eut des pertes assez abondantes chaque mois, et en novembre une hémorrhagie considérable, qui nécessita le tamponnement. Durant la première moitié de 1887 il n'y eut plus de métrorrhagie, mais à partir de septembre jusqu'en avril 1887, le sang a reparu chaque mois sans pré-

senter les caractères d'une perte véritable. D'ailleurs la malade a notablement bénéficié de l'opération, sa tumeur a subi une réelle diminution de volume et en même temps elle a repris ses forces et son embonpoint.

Il est un point dans cette observation sur lequel je veux insister ; c'est sur la persistance des règles malgré l'ablation des ovaires : lorsque celles-ci reviennent, ou que des hémorrhagies véritables reparaissent, elles seraient dues, suivant certains auteurs, à ce que l'ablation des ovaires est incomplète ; je ne pense pas qu'il en ait été ainsi chez mon opérée, car l'opération a été faite avec beaucoup de soin et j'ai fait en sorte que les fils soient placés de telle façon que la castration fut absolue. S'il est un certain nombre de cas, dans lesquels on puisse conserver des doutes sur l'ablation totale des ovaires, il en est d'autres qui ne laissent prise à aucune critique.

Comment, dès lors, expliquer la persistance des règles, fait qui ne serait pas très rare d'après quelques statistiques (celles de Hégard en particulier, huit sur quarante ?) Puisque ce n'est pas toujours le résultat d'une contraction incomplète, et, ce qui le prouve surtout, c'est que les hémorrhagies sont de courte durée, je pense qu'il faut plutôt en rechercher le point de départ dans l'utérus, que c'est là l'organe qui est la cause de la continuité de l'hémorrbagie ; malgré ces réserves, je crois cependant que ce serait se montrer trop absolu que de ne pas regarder la castration comme une ressource parfois très précieuse.

M. Lucas Championnière. — Sans vouloir entrer en discussion à propos des tumeurs du ligament large, dont vient de nous entretenir M. Tillaux, je rappellerai qu'il est assez commun de les extirper sans laisser de pédicule.

Quant aux hémorrhagies qui accompagnent les fibrômes utérins, ce n'est pas ordinairement lorsque ces tumeurs sont volumineuses qu'elles se montrent ; le plus souvent le fibrôme est petit ou de moyen volume ; si l'écoulement hémorrhagique se reproduit régulièrement, j'accepte entièrement l'opinion des auteurs qui disent que c'est à une ablation incomplète des ovaires qu'il faut l'attribuer : c'est qu'en effet cette ablation n'est pas toujours très simple et souvent il est très difficile d'enlever la totalité de l'organe ; j'ai eu tout dernièrement l'occasion de m'en convaincre en faisant une castration pour un petit corps fibreux.

Lorsque j'ai eu fait mes deux pédicules, je craignis d'avoir mal placé mes fils ; aussi je me décidai à refaire mes pédicules et bien m'en prit, car on trouva un restant d'ovaire dans ce que j'avais été sur le point de laisser attenant à l'utérus, c'est une nouvelle preuve de la difficulté d'une ablation totale.

Elle est pourtant d'une très grande importance, car, lorsqu'elle n'est pas complète, d'une part les hémorrhagies persistent, et d'un autre côté la tumeur ne s'atrophie pas, double résultat fâcheux qui n'existe pas, quand la castration a été totale :

Il arrive quelquefois qu'un écoulement de sang peut se produire encore après l'opération ; mais il est de courte durée, s'il n'est que le fait d'une congestion utérine que d'autres signes révèlent encore.

Dans bon nombre de cas il n'y a pas d'hémorrhagie post-opératoire, et l'on assiste à l'atrophie graduelle de la tumeur et à la guérison ; le traitement a été entièrement efficace.

En ce qui concerne les indications de l'opération, il est impossible de poser des règles fixes ; il vaut mieux dire : On fera ce que l'on pourra ; c'est ce qui vient de m'arriver dans un cas où j'ai pu enlever l'ovaire gauche, mais où mes efforts ont été vains dans la tentative d'ablation de l'ovaire droit ; et j'ai terminé par l'ablation de la tumeur.

En terminant, je rappellerai que dans presque toutes les castrations que j'ai faites, j'ai trouvé les ovaires énormes, congestionnés, mais sans autres lésions ; ce n'en est pas moins une justification de leur ablation qui peut présenter des difficultés, mais dont l'utilité est incontestable.

M. Terrier. — Dans les 7 observations de castration ovarienne, dont j'ai parlé à la dernière séance, il en est une qui nous offre un bel exemple de persistance des règles. Il s'agissait d'ovaires papillomateux ; très probablement j'ai dû faire une opération incomplète et laisser quelques débris d'ovaire ; c'est ce qui se présente assez fréquemment, et ce matin même j'ai éprouvé de grandes difficultés à faire deux pédicules chez une femme que j'opérais pour des accidents nerveux. En résumé, si, après la castration ovarienne, le sang reparaît et ne persiste que 2 ou 3 mois, on a affaire à de la congestion utérine ; mais, si les règles reviennent réellement, c'est une portion d'ovaire qu'il faut incriminer.

M. Monod. — Dans les accidents qui sont survenus chez ma malade, il faut distinguer le suintement qui a d'abord été régulier, et les hémorrhagies qui se sont montrées en dehors de toute époque menstruelle ; ces faits sont loin d'être rares et peut-être est-ce se montrer bien affirmatif que de les attribuer à des débris restants d'ovaires. La castration ovarienne n'est pas aussi difficile qu'on l'annonce ; j'en prends à témoin les cas assez nombreux où l'opération fait cesser toute hémorrhagie.

M. Bouilly. — J'ai fait huit castrations ovariennes pour remédier aux accidents des fibrômes. Trois fois les ovaires étaient malades. Je laisserai ces cas de côté pour le moment, et je ne m'occuperai que des cinq cas où les ovaires étaient sains.

Dans quatre de ces cinq cas la malade avait des hémorrhagies compromettant son existence. Dans le cinquième il s'agissait de s'opposer au développement rapide de la tumeur et aux douleurs qu'elle provoquait.

Toutes ces malades ont guéri ; chez trois d'entre elles, toutefois, la guérison a été retardée par la suppuration des points de suture. Je crois avoir évité depuis cette ennuyeuse complication en abandonnant l'aiguille tubulée pour le passage des fils.

Voici maintenant les résultats éloignés de l'opération :

Les hémorrhagies graves ont disparu. Ce n'est pas cependant qu'il n'y ait plus eu d'écoulement sanguin par les voies génitales.

Chez la première, cet écoulement sanguin était lié à la présence d'un petit fibrôme pédiculé du col utérin. L'excision de ce fibrôme fit disparaître cette hémorrhagie, et la santé de la malade se rétablit. Cette femme a toujours ses règles, mais il est vrai que l'ovaire du côté droit n'a pu être enlevé.

Chez la seconde malade, résultats analogues : suppression des hémorrhagies, conservation des règles, bien que j'aie enlevé facilement les deux ovaires et leur trompe.

Chez la troisième malade, la guérison en fut parfaite pendant six mois. Au bout de ce temps, nouvelle hémorrhagie. L'examen du col me montra la présence de deux fibrômes sous-muqueux tendant à se pédiculiser. J'en fis l'énucléation. Les hémorrhagies disparurent à nouveau et depuis elles n'ont pas reparu.

La quatrième malade est opérée depuis trop peu de temps pour que l'on puisse savoir exactement ce qui va se produire.

Ces quelques observations prouvent que le retour du sang, chez quelques opérées, ne saurait être un argument contre la valeur de l'opération, elles prouvent que les hémorrhagies nouvelles sont quelquefois dues à une circonstance dont il faudra être prévenu : la tendance à l'expulsion spontanée et à la pédiculisation des tumeurs qui passent à l'état de polype d'ailleurs facile à enlever.

Chez la cinquième malade opérée, pour empêcher le développement trop rapide des tumeurs, les règles ont disparu d'une façon définitive ; quant à la tumeur, elle a diminué au point qu'elle semble disparue. Le même résultat a été obtenu sur deux autres de mes malades ; chez les autres la tumeur, bien qu'encore facile à constater, a cependant sensiblement diminué de volume.

Ajoutons que chez toutes ces malades le retour à la santé est parfait.

De tous ces faits, je conclus que l'ablation des annexes dans le traitement des fibrômes utérins constitue un excellent traitement palliatif, qui peut devenir curatif.

Ses indications sont rares, puisque sur près de 200 fibrômes que j'ai observés, je n'ai opéré que ceux dont je viens de parler ; mais il ne faudra pas attendre pour la faire que la malade soit exsangue.

Les hémorrhagies constituent l'indication principale, mais elle se présente encore lorsque la tumeur est douloureuse et prend un développement rapide.

Cette indication s'imposera d'autant plus que le fibrôme est adhérent, et qu'il a envahi les organes voisins, parce que dans ces cas l'hystérectomie est une opération particulièrement grave.

On devra surtout l'appliquer aux fibrômes de moyen volume, et pratiquée, à cette période, il est probable qu'elle fera disparaître de l'observation courante ces énormes fibrômes qui sont encore le désespoir de la chirurgie, car dans ces cas la castration ne saurait être pratiquée. Les ovaires étalés, déplacés, ne peuvent être trouvés, les manœuvres intra-abdominales sont prolongées et deviennent dès lors dangereuses.

Si l'ablation des annexes faite en temps utile tient, dans le

traitement du fibrôme ce qu'elle semble promettre, l'avenir est à cette opération, plus facile, moins grave que l'hystérectomie.

(*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

CROUP ET CHLORAL.

Le Dr Adolphe Mercier, de Besançon, a utilisé avec le plus grand succès, dans le traitement de la diphthérie, les propriétés antiseptiques du chloral. Voici comment notre savant confrère rend compte de cette nouvelle méthode thérapeutique :

La forme pharmaceutique sous laquelle j'administre le chloral est le sirop d'hydrate de chloral du Codex, c'est-à-dire le sirop de chloral au vingtième.

Avant d'employer le chloral, lorsqu'il y a état saburral bien marqué, langue épaisse, étalée, je fais débuter le traitement par l'administration d'un vomitif. Pour éviter la prostration, je n'emploie que la poudre d'ipécacuanha sans tartre stibié.

Dès que les envies de vomir ont cessé, je commence l'administration du chloral de la facon suivante :

On fait prendre au malade, toutes les demi-heures, deux, trois, cinq grammes de sirop de chloral, suivant l'âge des sujets. Pour que la gorge en reste imprégnée, on donne au malade ses boissons ordinaires avant, et non pas après le sirop de chloral.

Si on ne faisait pas boire le malade avant de donner le sirop de chloral, celui-ci pourrait provoquer des douleurs d'estomac.

Il est bon de forcer un peu les doses au début du traitement, surtout chez les enfants, car le chloral les tient dans un état de somnolence qui facilite l'administration du remède, en les rendant un peu inconscients.

Dès le début, je fais pratiquer, dans les régions antérieure du cou et sous-maxillaire, des onctions avec de l'onguent napolitain belladoné, pour combattre l'engorgement ganglionnaire. Le cou est recouvert de ouate.

Je laisse le malade libre de manger et de boire tout ce qui peut lui être agréable : vin, lait, limonade, aliments solides, pourvu qu'il prenne son sirop de chloral. J'y ajoute du sirop de quinquina.

Pendant quarante-huit heures, une personne sûre doit être constamment près du malade pour donner les remèdes ou en surveiller l'emploi.

Au bout de 24 heures, il n'y a jamais le moindre changement dans l'état du malade; c'est le statu quo *absolu.*

Au bout de 48 heures, les fausses membranes ont complètement disparu.

Au moment où les fausses membranes commencent à se détacher, c'est-à-dire de la 40e à la 48e heure du traitement, l'administration du chloral commence à être pénible ; il y a sensation de cuisson dans la gorge au moment où le malade prend le sirop.

Chez les personnes à peau très blanche, à cheveux très blonds, les fausses membranes peuvent ne disparaître que le troisième jour.

Si, après la disparition des fausses membranes, il reste de la rougeur ou de la tuméfaction des amygdales, cas rares, on peut se servir d'un gargarisme astringent.

Il faut ensuite relever les forces du malade au moyen d'une bonne nourriture, de vins généreux, de quinquina.

Dès que les fausses membranes ont disparu, on cesse l'administration du chloral.

En même temps on applique, sur le devant du cou, une bonne couche de vaseline, tant pour en faciliter le nettoyage que pour panser l'éruption pustuleuse que produit souvent l'onguent napolitain.

Dans le cours de la maladie, s'il y a dyspnée et spasmes, on peut, concurremment avec le chloral, employer les badigeonnages au chlorhydrate de cocaïne (Solution au 1/50).

Lorsque la maladie est arrivée à sa dernière période, c'est-à-dire s'il y a diphthérie laryngienne, si la voix est complètement éteinte, lorsque, selon Arétée, *vox nihil significat*, je considère le traitement au chloral comme plutôt nuisible qu'utile.

(*Revue de thérap. méd. chir.*)

CORPS ÉTRANGER DU VAGIN.

M. Breisky a présenté à la Société des médecins allemands de Prague une bobine qu'il a extraite du vagin d'une femme de sa clinique ; au toucher, on sentait le vagin très court, terminé en forme de cul-de-sac, et pas trace de col utérin. Par le toucher rectal et vaginal combiné, M. Breisky parvint à reconnaître la présence du

corps étranger et sa nature. La femme, d'autre part, finit par avouer que sept ans auparavant elle s'était introduit dans le vagin une bobine en bois. Depuis cette époque les règles avaient été beaucoup moins abondantes. Après un examen très attentif, étant parvenu à reconnaître un orifice ténu, M. Breisky commença à y introduire un stylet très fin, puis une sonde utérine, puis enfin une sonde à double courant par laquelle il put évacuer une très grande quantité d'une sérosité roussâtre d'odeur infecte. La dilatation pratiquée ensuite lui permit d'introduire deux doigts, de sentir directement le corps étranger, et finalement de l'extraire. La malade est encore actuellement en traitement à la clinique pour sténose cicatricielle du vagin.

(*Petit Moniteur de la médecine.*)

L'HYMEN AU MEXIQUE.

L'hymen au Mexique, tel est le sujet d'un travail de M. le professeur F. Flores, dont les conclusions sont données par *El Observador medico*. D'après notre confrère, M. Flores, « l'absence complète de l'hymen est rare au Mexique». On sait que A. Tardieu et d'autres auteurs nient l'absence complète de l'hymen, et mettent cette prétendue absence sur le compte de formes irrégulières, qui par leur disposition effacée, peuvent faire croire à une absence réelle qui n'existe pas en vérité.

Les formes les plus communes sont : l'hymen annulaire (régulier ou irrégulier), l'hymen labial, l'hymen en croissant et l'hymen en fer à cheval qui mérite une place spéciale dans la classification médicale mexicaine. L'hymen frangé n'est pas une forme type, mais une variété.

Les anomalies ne sont pas rares (8 pour 100), et certaines d'entre elles (l'hymen à double perforation) sont même fréquentes. Cette dernière anomalie, que Roze appelait biperforée, est mise en doute par A. Tardieu, qui ne la considère pas comme naturelle, même à titre d'exception.

L'hymen change de forme avec l'âge : labial chez la majorité des petites filles, il devient plus tard annulaire, en croissant, etc., chez les pubères.

L'hymen résulte de la réunion des culs-de-sac des trompes ; il est une dépendance du vagin et des organes génitaux internes, et par conséquent du feuillet interne du blastoderme.

L'hymen, primitivement, est toujours imperforé ; plus tard, la réabsorption intervient, et c'est elle qui produit les différentes formes que nous venons de voir. Les anomalies résultent soit de la torsion des oviductes ou de la réabsorption tardive ou irrégulière de la membrane. (*Gazette de Gynécologie.*)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Têterelle bi-aspiratrice.

M. le docteur Guéniot a présenté à l'Académie de médecine de Paris (séance du 10 avril 1888) un petit appareil construit par Galante sur les indications de M. le docteur Auvart, accoucheur des hôpitaux.

Il s'agit d'un bout de sein artificiel, construit d'après les principes

nouveaux, et dont la structure est telle, qu'elle permet de l'utiliser à la fois pour accroître la saillie des mamelons mal formés, préserver ceux-ci des irritations et des gerçures, et faciliter à un haut degré la succion chez les enfants débiles.

L'instrument se compose, comme l'indique la figure ci-dessus, d'une sorte de clochette en verre, dont le fond est pourvu de deux tubulures. A chacune de celles-ci s'adapte un petit tube de caoutchouc terminé par une tétine. Grâce à cette disposition très simple, la mère peut opérer le vide dans la clochette, et le lait qui y afflue s'engageant dans le second tube, tombe pour ainsi dire par son propre poids dans la bouche de l'enfant. La succion devient ainsi très douce de la part de ce dernier.

Ce petit instrument, ajoute en terminant M. Guéniot, réalise un progrès important sur tous ses congénères et, d'après l'expérience que j'en ai faite, je le crois propre à rendre de réels services dans la pratique de l'allaitement naturel.

NOUVELLES

—

UNA DOCTORA NEGRA.

La *Cronico medico-chirurgica de la Habana* nous apprend qu'une *doctoresse noire*, Mme Sollier, vient de passer sa thèse. Elle s'est mariée, il y a dix-huit-mois, avec M. Sollier, interne des hôpitaux de Paris. Son père, M. Dubois, dentiste à Compiègne, est noir et originaire de la Guyane. Sa mère, au contraire, est blanche, et de plus française.

La femme médecin est devenue chose courante et qui n'a plus lieu d'étonner; une *doctoresse noire* est un fait exceptionnel, s'il est réel toutefois, car nous n'avons pas eu le temps de le vérifier.

(*Gaz. de Gynéc.*)

—

Une Société d'obstétrique et de gynécologie vient de se fonder à Vienne, sur l'initiative de M. le président Breisky.

—

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS.

M. Peugniez, docteur en médecine, est institué, pour une période de 9 ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à ladite école.

—

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES.

Un concours s'ouvrira le 7 janvier 1889 pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

—

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS.

Un concours sera ouvert le 7 janvier 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparative de médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

—

FEMMES-MÉDECINS.

D'après le *Progrès médical*, Mme Villet, docteur en médecine,

vient d'être nommée membre de l'Académie de médecine de Philadelphie. C'est la première fois qu'une femme est admise dans cette Société.

—

Le *Madagascar Times* rapporte le cas d'une Malgache qui a mis au monde un enfant femelle double. L'enfant a quatre yeux, deux nez, quatre bras, deux bouches et quatre jambes, mais une tête seulement et un corps. Les deux bouches rendaient des sons, mais une seule tétait le sein de la mère. L'expression de figure du monstre était si étrange que l'enfant fut mis à mort deux jours après sa naissance.

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Un concours, pour deux places de chef de clinique chirurgicale, s'ouvrira le 17 juillet 1888, à huit heures du matin.

Un concours, pour la place de chef de clinique obstétricale, s'ouvrira le 20 juillet 1888, à huit heures du matin.

Un traitement annuel de 1,200 francs est attaché à chacun de ces emplois.

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de Médecine propose pour sujet du prix de l'hygiène de l'enfance, valeur de 1,000 francs à décerner en 1889, la question suivante : « De la croissance au point de vue morbide. » Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1889.

—

Le concours pour une place de professeur suppléant de clinique obstétricale à l'École de médecine de Toulouse, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Secheyron.

—

A l'avenir, l'examen préparatoire, institué par l'arrêté du 1er août 1879, ne sera pas exigé des aspirantes au diplôme de sage-femme de première classe qui possèderont le certificat d'études primaires établi par l'arrêté du 16 juin 1880.

—

LES FEMMES MÉDECINS AUX INDES.

N'en déplaise aux farouches adversaires de l'accession des femmes au diplôme doctoral : aux Indes, on en a reconnu l'utilité et, en gens pratiques, les Anglais souscrivent largement au « *Coimtess of Dufferin fund* », destiné sous la présidence de lady Dufferin, à favoriser leurs études médicales. En même temps, cette association a pour objet l'établissement d'hôpitaux pour les femmes et les enfants indigènes.

Divisée en huit branches, une pour chaque état, cette association a des établissements à Calcutta, Madras, Bombay, Allahabad, Luchnow, Mysore, et prépare des infirmières et des médecins, appelés à rendre les plus grands services dans cette contrée où les dogmes religieux défendent aux femmes indoues de recevoir les soins de personnes d'un autre sexe que le leur.

Avis donc à nos doctoresses européennes, en quête d'une position sociale, et qui trouveront aux Indes l'exercice libre de la médecine. Sur soixante doctoresses qui, actuellement y résident, dix possèdent des diplômes européens, les autres ont passé leurs examens en Amérique, ou bien, d'après la *Semaine médicale*, devant les Universités locales.

(*Rev. gén. de clin. et de thérapeutique.*)

—

TUEBINGEN.

La femme d'un professeur de l'Université, Mme Mathilde Weber, vient de publier une brochure dans laquelle elle invite toutes les sociétés de dames à adhérer à une pétition des femmes allemandes, dont le but est d'obtenir pour les doctoresses diplômées à Zurich, le droit d'exercer la médecine en Allemagne.

(*Gaz. de Gynéc.*)

—

NOUVEAU JOURNAL.

Vient de paraître : la *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, fondée et publiée par MM. Henri Varnier et Paul Le Gendre. Nos meilleurs souhaits à ces sympathiques confrères.

—

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LA CHARITÉ DE BERLIN.

Nomination de M. Dührsen comme assistant chargé en même temps de l'enseignement des sages-femmes.

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE SIENNE.

M. le Dr Scarlini est nommée privat-docent d'obstétrique et de gynécologie.

—

FÉCONDITÉ.

Le fait suivant s'est produit à Castagnola, dans le Tessin. Une femme de cette localité a mis au monde six enfants, quatre garçons

et deux filles. Cette demi-douzaine de petits êtres sont nés vivants, mais ils n'ont pas tardé à expirer. La mère a 38 ans, elle a eu déjà plusieurs grossesses multiples, et les enfants vivent encore. Plusieurs médecins de Milan, Côme et autres villes sont accourus sur place et n'ont pu que constater la parfaite exactitude de l'information.

(*Progrès médical.*)

VARIÉTÉS

—

Le *furor operativus* qu'on a pu reprocher aux chirurgiens allemands n'est pas une calomnie française, loin de là ; les Allemands eux-mêmes accusent leurs compatriotes de s'y laisser entraîner.

Par exemple, dans le *Centralblatt für Gynækologie* de 1887 (23 avril, p. 265), le docteur C.-H. Stratz critique rudement le docteur Frank (de Cologne), et le déclare atteint de cette manie pour avoir pratiqué 16 fois l'extirpation de l'utérus pour les affections suivante : 1 fois, fibrome ; 4 fois, endomédrite ; 3 fois, rétroflexion ou rétroversion avec adhérences ; 2 fois, prolapsus ; dans ces derniers, l'affection était compliquée 1 fois de névralgie et 1 fois de prurit utérin. Ces indications sont loin de paraître suffisantes à M. Stratz, qui, en s'appuyant sur certains détails des observations publiées par M. Frank, en conclut que celui-ci n'a que des connaissances imparfaites en anatomie pathologique, pose un peu trop négligemment ses indications thérapeutiques, et met trop de hardiesse dans ses opérations ; celles-ci, d'ailleurs, sont mal faites, car souvent il restait un fragment plus ou moins volumineux de l'utérus, et le critique insinue que si dans 16 cas la mort n'est pas survenue, il ne serait pas impossible que Herr Frank n'ait pas publié tous les cas de sa pratique.

—

Du viol au point de vue médico-légal. — M. Brouardel, examinant dans son cours la question du viol au point de vue médico-légal, étudie certaines conditions dans lesquelles il peut se produire.

Un homme seul peut-il violer une femme qui résiste ? La réponse est simple pour une des espèces. Lorsqu'une femme est en possession de toutes ses facultés physiques et intellectuelles, je suis convaincu qu'elle est capable d'empêcher l'acte de s'accomplir, ne serait-ce que par un mouvement du bassin. Mais lorsque la victime est une

jeune fille plus ou moins ignorante de ce qui va se passer, ou une vieille femme affaiblie par l'âge, ou enfin une infirme (paraplégique citée par Vibert), la résistance est au contraire impossible. Elle l'est également dans deux autres circonstances, soit que la femme ait été trahie par une surprise, soit qu'elle ait été paralysée mécaniquement. Un auteur allemand rapporte un exemple de ce dernier cas. Une jeune fille de ferme jouait avec ses compagnes, lorsque celles-ci l'attachent à une table comme pour s'amuser ; puis elles font entrer un bouvier qui accomplit sur elle le crime de viol, à la grande satisfaction de ces *Jungfrauen*.

Mais en dehors de ces circonstances, une femme se trouve aux prises avec un individu qui la brutalise ; elle résiste d'abord énergiquement, puis, tout d'un coup, devient inerte et semble se livrer volontairement. Dans la suite, elle dénonce le coupable et l'accuse de l'avoir violée. Le premier mouvement du juge d'instruction est de mettre en suspicion la bonne foi de cette dame. Eh bien ! il ne faut pas, *apriori,* considérer la chose comme inacceptable. Livingstone raconte qu'étant à la chasse au lion, le lion le prit et le secoua « comme un molosse secoue un rat ». Il était anéanti, incapable de faire un mouvement. Il semble y avoir là un état particulier dû à un sentiment de terreur qui se répand dans l'individu et paralyse toutes ses facultés.

Une femme peut-elle être violée sans le savoir ? Oui, dans certaines circonstances particulières. Aucun article du code ne vise ces cas où le coupable a, par des moyens artificiels, mis la femme dans un état d'inconscience. Mais ils sont assimilés au viol, et il y a, en effet, une violence morale exercée.

Premièrement une femme peut-elle être violée dans son sommeil naturel ? Je ne crois pas, vu les douleurs provoquées par les premières approches, qu'une jeune fille puisse être violée sans se réveiller, en dépit du sommeil profond de l'innocence. J'admets qu'une femme mariée, qui a l'habitude de ces sensations, supporte les actes dans une sorte de demi-sommeil, croyant avoir affaire à son mari. Je vous citerai le cas d'une femme d'auberge, qui, ayant passé la nuit précédente, s'était couchée dans l'après-midi : vers quatre heures du soir, elle sent comme un poids sur son corps ; un moment après elle se réveille, et voit son garçon de ferme qui se reboutonnait. (*Gazette des hôpitaux.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

126. — Le bryonia dioïca (hémostatique utérin). — M. le Dr Christodoresca, de Bucharest, rapporte un cas d'hémorrhagie utérine traité très efficacement par l'administration interne d'une décoction de racine de bryone (20 gr. pour 1 litre de vin blanc) selon la formule du professeur Z. Pétrescu, de Bucharest, qui l'emploie dans tous les cas d'hémorrhagie essentielle et symptomatique. La malade, une femme mariée, forte et courageuse, âgée de 46 ans, qui souffrait de sa huitième époque, fut vue pour la première fois par l'auteur, le dix-septième jour d'une hémorrhagie profuse, qui persistait en dépit des différents moyens usités, même l'ergotine. La malade était pâle et perdait la raison depuis les trois derniers jours. L'examen le plus attentif ne permit pas de découvrir de lésion organique dans le bassin. Le dix-huitième jour le docteur Christodoresca employa la méthode de Pétrescu (une cuillerée à soupe toutes les heures). L'hémorrhagie commença à décroître 6 heures après la première dose et cessa au bout de 36 heures.

127.— De l'oléate de zinc en gynécologie (Halsman).— Ce topique remplit une indication toute différente des autres topiques. Il est caustique ou plutôt astringent, mais pour assurer à son emploi, les bénéfices de l'antisepticité, M. Haslman recommande de le mélanger à l'iodoforme soit par parties égales, soit dans le rapport d'un tiers du premier et de deux tiers du second.

Quelles sont les indications de ce mélange ? Contre les ulcérations cancéreuses du col, dont il diminue la douleur, l'exsudation et la fétidité, contre l'endométrite pour atténuer la congestion hyperthermique et le suintement.

Le mode d'emploi préférable, consiste en insufflations ou en applications avec des tampons. Enfin, au témoignage de l'auteur, sa valeur thérapeutique serait supérieure à celle du sous-nitrate de bismuth, de l'alun et de l'oxyde de zinc. Il aurait, sur l'iodoforme, l'avantage d'être

un astringent. — C'est là, sans nul doute, un topique à mettre à l'essai, dans ces cas surtout où l'on use trop volontiers des caustiques. (*Brit. méd. journal*, 7 janvier 1888 et *Journal de Huchard*).

128. — Injections hypodermiques anti-métrorrhagiques (ergotine-ergotinine).

Hildebrant propose la suivante :

Extrait aqueux de seigle ergoté........	3 parties.
Glycérine pure......................	7 —
Eau distillée.........................	7 —

Faites dissoudre. — On en injecte de 3 à 5 gouttes progressivement, sous la peau de l'abdomen ou de la cuisse, pour combattre les hémorrhagies utérines.

Yvon propose son ergotine dont chaque gramme représente un gramme d'ergot de seigle : emploie 10 à 20 gouttes.

Tanret prépare une solution d'ergotinine dont on injecte six gouttes, chaque fois, deux à trois fois par jour.

129.— Potion contre la dysménorrhée.

Teinture de cannabis indica............	1 gr. 50 centigr.
Hydrolat de laurier-cerise..............	10 grammes.
Hydrolat de tilleul......................	100 —
Sirop d'opium...........................	ãã 20 —
Sirop d'éther...........................	ãã 20 —

F. s. a. une potion à donner par cuillerées, toutes les heures, pour combattre les crises douloureuses de la dysménorrhée, après qu'on a constaté qu'il n'existe de rétrécissement d'aucun orifice. — En cas de douleurs très vives, on fait des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. — Les douches de chloroforme dans le vagin sont également efficaces.

130. — Traitement local du cancer de l'utérus par le térébène. — M. le docteur O. Betrin (de Genève) indique dans les

Nouvelles archives d'obstétrique une application utile du térébène, dérivé de l'essence de térébenthine qui s'obtient très facilement par l'action de l'acide sulfurique sur cette essence. Le térébène est liquide, on l'emploie mélangé à parties égales d'une huile quelconque : après un grand lavage, on sèche avec du coton, le col et le vagin, et on applique le pansement au térébène sur toute la surface ulcérée. Il consiste en tampons de la grosseur d'une grosse noix. fortement imbibés de la substance et au moyen desquels on tapisse toute la surface de l'ulcération ; le nombre varie de trois à cinq et ils seront maintenus en place par un tampon de coton simple, plus volumineux, placé dans le vagin. Le pansement sera renouvelé tous les deux ou trois jours, suivant la quantité de l'écoulement, la tolérance de la malade, le degré plus ou moins avancé de la tumeur et quelques autres facteurs variant d'une personne à l'autre. A la suite de ce pansement des plus simples, on observe généralement une grande amélioration dans l'état local : la fétidité des pertes diminuée, couverte en partie par l'odeur aromatique du pansement, la quantité de l'écoulement est diminuée, enfin la nouvelle production de végétations de nodosités cancéreuses semble ralentie, par conséquent les hémorrhagies sont moins fréquentes et surtout moins abondantes. On peut expliquer l'influence favorable du térébène par son action sinon sur un organisme spécial, au moins sur les nombreuses bactéries qui se rencontrent toujours dans les plaies en voie de décomposition et de gangrène.

***

131. — La gonorrhée traitée par la thalline (Pr Goel). — D'après les expérimentations cliniques de l'auteur, une solution de 2 à 2 1/2 % de thalline enraye la blennorrhagie aiguë ou chronique.

Deux à quatre injections dans les vingt-quatre heures.

Dans le cas de cystite blennorrhagique, on administre le même médicament à l'intérieur, aux doses de cinq grains toutes les trois ou quatre heures. (*Thér. cont.*, 23 S., 1884.)

132. — Vomissements de la grossesse. — Un correspondant du *The Lancet* affirme avoir toujours réussi, au moyen d'un seul vésicatoire appliqué sur les quatrième et cinquième vertèbres dor-

sales, à faire cesser les maux de cœur de la grossesse jusqu'à la fin de la période de la gestation, à quelque moment de cette période qu'il ait été consulté.

133. — Traitement de la rétroflexion de l'utérus, par le professeur SCHULTZE (d'Iéna). — La rétroflexion est due le plus souvent au relâchement des annexes et des ligaments de l'utérus. Tant que l'on ne réussira pas à fortifier ces éléments, il faudra s'adresser aux pessaires et fixer par leur moyen l'utérus dans une meilleure position ; ce traitement donne des résultats bien meilleurs qu'on ne l'admet généralement, si j'en juge par ceux obtenus dans la clinique du professeur Schultze ; souvent, d'ailleurs les pessaires sont mal choisis et souvent aussi il n'est pas possible de redresser l'utérus à cause des cicatrices sous-péritonéales ou des adhérences périmétritiques qui le maintiennent fixé ; dans ces cas-là, M. Schultze endort les malades, pratique le toucher rectal, vaginal et vésical et réussit souvent à relever la matrice. Mais il est des cas où les adhérences sont très solides et où il serait dangereux de risquer de les rompre ; c'est dans ces cas-là que leur dilatation progressive, faite par des essais répétés de reposition, et le massage donnent des résultats excellents ; le massage s'applique surtout aux cas où les adhérences sont larges et étendues en surfaces, tandis que les essais de reposition donnent des résultats favorables, surtout lorsqu'il s'agit de cicatrices et d'adhérences plus minces et affectant la forme de cordons ; les deux méthodes doivent, d'ailleurs, souvent être employées simultanément. En tout cas, il sera bon de faire un diagnostic exact et de pouvoir, de cette façon, tenir compte de l'étiologie de l'affection. J'ai vu, dans un grand nombre de cas, les adhérences disparaître, et j'ai réussi au bout de quelque temps à redresser l'utérus à l'aide de ces méthodes ; il sera utile de connaître exactement le siège des adhérences.

Dans certains cas, le traitement par les pessaires ne suffit pas ; il s'agit alors le plus souvent d'une paroi vaginale antérieure très courte et très faible, que ne soutient pas suffisamment le pessaire ; c'est dans ces cas que l'on aura recours à l'opération d'Alexander qui, d'ailleurs, ne paraît pas donner des résultats bien brillants, ou à la laparotomie et à la fixation de l'utérus, à la paroi abdominale ; cette dernière méthode, qui donne de bons résultats, est peut-être pratiquée mainte-

nant trop souvent ; à mon avis, on ne devrait jamais y recourir avant d'avoir essayé tous les autres moyens et en particulier le massage. (*Journal de méd. de Paris.*)

134. — Emploi de l'eau distillée de goudron dans le traitement des hémorrhagies, par Corneille SAINT-MARC. — L'auteur a administré l'eau distillée de goudron dans un grand nombre de cas. Il résulte de ses observations que le produit constitue un excellent hémostatique général dont les propriétés présentent une grande analogie avec celles de l'*hamamelis virginica*. Voici ses conclusions :

« L'eau distillée de goudron préparée à l'aide du goudron de bois et de la sciure de bois de sapin des Landes constitue un médicament possédant des propriétés toniques astringentes incontestables.

« Administrée à l'intérieur, elle arrête sûrement et rapidement les hémorrhagies d'origine congestive du poumon, de l'utérus et du rein. Elle offre le moyen le plus sûr et le plus prompt d'arrêter les hémoptysies des deux premières périodes de la tuberculose pulmonaire.

« La dose à laquelle il convient de l'administrer est de quarante à soixante grammes par vingt-quatre heures.

« Nous n'avons jamais constaté le moindre accident à la suite de l'emploi de ce médicament. » (*Th. de Paris* 1888.)

135. — Traitement de la mastite parenchymateuse et du phlegmon du sein. — Il y a quatre ans, le Dr LOUKACHÉVITCH a communiqué dans le *Vratch* les bons résultats qu'il avait obtenus dans le traitement de l'épididymite blennorrhagique aiguë par l'application d'une couche d'argile blanche (des sculpteurs) sur la partie affectée. Cette communication suggéra à M. MAIZEL l'idée d'essayer le même traitement dans les mastites parenchymateuses et phlegmoneuses. Le résultat fut en effet excellent. Les douleurs se calment très rapidement, la chaleur des parties diminue et, si le traitement est commencé assez tôt, la suppuration ne se produit pas et la résolution survient. Après l'ouverture d'un abcès du sein, l'argile favorise la cicatrisation de l'incision, ainsi que la résolution des indu-

rations qui n'ont pas encore suppuré. Dans ces cas, l'argile est supérieure au bandage amidonné de Kiwisch et aux badigeonnages au collodion (Latour, Sprengel) qui sont douloureux.

Pour faire un pansement à l'argile, on prend la quantité nécessaire de cette substance suffisamment délayée et on en dépose une couche sur une rondelle de calicot ou de gaze assez grande pour recouvrir le sein. Une petite ouverture pour le passage du mamelon est ménagée au centre de la rondelle. On lave bien le sein, on le recouvre d'une pièce de tarlatane molle et on applique ensuite la rondelle enduite d'argile. Le tout est fixé au moyen d'un mouchoir ou de bandes. On renouvelle le pansement deux fois par jour, matin et soir.

Ce même pansement est aussi d'une grande utilité quand il s'agit d'arrêter la sécrétion du lait chez les femmes nerveuses qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent pas allaiter leurs enfants.

L'action de l'argile est double : c'est d'abord une substance qui absorbe beaucoup de chaleur et peut, comme réfrigérant, remplacer la glace ; ensuite l'argile exerce sur le sein une compression douce, mais uniforme et permanente qui favorise la résolution des produits inflammatoires (*Vratch.* et *Bull. méd.*)

136. — Traitement de la métrorrhagie à l'époque de la puberté. — L'apparition subite d'un flux vaginal abondant chez les très jeunes filles est un fait mal connu ; c'est cependant un symptôme alarmant qui soulève une délicate question ; celle de l'opportunité de l'exploration du vagin, examen que bien des spécialistes considèrent comme presque indispensable dans les hémorrhagies utérines.

Toutes ces difficiles questions sont discutées et résolues par le Dr Henry Coe (dans le *New-York med. journ.* de novembre 1887), à propos d'une intéressante observation dont voici le résumé :

Une jeune fille de 13 ans, bien développée, fut prise de crampes et de douleurs suivies d'une métrorrhagie abondante quinze jours après la période menstruelle qui était établie depuis une année environ. Les quinze jours précédents avaient été passés dans une station balnéaire fort fréquentée par le monde élégant. Quoique très abondante, l'hémorrhagie, qui dura quelques jours, ne provoqua que peu de troubles généraux. Quatre jours après la disparition de l'hémorrhagie, les règles apparurent fort abondantes.

Le repos paraît avoir, dans ces cas, une influence plus efficace que d'autres moyens plus actifs.

L'auteur attire surtout l'attention sur ces deux points : 1° la grande quantité de sang perdue sans amener d'anémie, et 2° le caractère essentiellement fortuit de l'hémorrhagie qui apparaît sans cause en dehors de l'époque menstruelle.

Bref, le Dr Coe conclut que, chez sa malade, l'hémorrhagie était en quelque sorte physiologique. Il croit que cet accident, survenant à l'époque de puberté, n'est pas nécessairement un symptôme pathologique qui réclame une intervention active et un traitement local. Ainsi, quand la dysménorrhée fait défaut et que manquent les signes de l'anémie, la métrorrhagie de la puberté est justiciable de la seule expectation, du repos et de l'hygiène. C'est dire que l'examen vaginal est complètement inopportun. (*Revue de thérapeutique.*)

137. — Moyen d'éviter l'apparition de furoncles consécutifs à l'eczéma vulvo-anal. — On sait combien sont pénibles pour les malades les furoncles qui apparaissent, dans la région ano-vulvaire, à la suite des poussées d'eczéma si fréquentes à ce niveau chez certaines personnes et revenant parfois avec une régularité désespérante. On a cité de même des cas de furoncles menstruels succédant à de l'eczéma périodique.

Le docteur Unna s'est occupé, dans un récent travail, de la production des furoncles à la suite des manifestations d'eczéma. La production des furoncles est-elle une conséquence de l'eczéma ? Le docteur Unna admet que l'eczéma, dans beaucoup de cas, a une origine parasitaire. Y a-t-il une relation entre le parasite de l'eczéma et celui du furoncle ? Quelle que soit la valeur de ces manières de voir, le docteur Unna recommande, en vue de s'opposer à la production des furoncles post-eczémateux, de traiter l'eczéma, dans ses dernières périodes, par des moyens parasiticides. Un des meilleurs, suivant lui, consiste à ajouter un ou deux pour cent de sublimé corrosif à l'onguent de zinc, en associant à ce traitement externe l'administration à l'intérieur d'un centigramme de sulfure de calcium, trois fois par jour. On peut choisir comme agents à ajouter aux onguents de zinc ou de plomb, l'acide phénique, le thymol, la résorcine, ou le soufre.

Le goudron et l'acide salicylique se sont montrés moins efficaces.

(*The New-York med. Journ.*)

***

138. — Traitement de l'eczéma vulvaire chronique et rebelle des petites filles. — 1° Trois fois par jour, pulvériser largement sur la région, une solution phéniquée à 2 %.

2° Une fois par semaine, toucher légèrement les surfaces malades avec un pinceau trempé dans l'acide acétique ordinaire.

3° S'il y a des ulcérations un peu profondes déterminées par le grattage, les panser avec la poudre suivante :

Iodoforme finement pulvérisé..........	5 gr.
Alun..............................	10 gr.

(*Gazette de gynécologie.*)

***

139. — Vaginite aiguë des jeunes mariées. (P. Ménière.) — Lorsque l'inflammation a acquis son maximum d'intensité, qu'aux pertes blanches muqueuses, simplement leucorrhéiques, succède le muco-pus, P. Ménière conseille l'injection énergique suivante et lui donne la préférence aux cautérisations de nitrate d'argent, qui doivent être réservées à la vaginite blennorrhagique :

Eau chloroformée...............	200	grammes.
Acide tannique.................	50	—
Extrait de ratanhia............	4	—
— morelle.............	4	—

F. s. a. solution dont on mettra une cuillerée à bouche dans l'eau de chaque injection, à prendre couchée, de préférence.

140. — Le salol chez les enfants, par le professeur Demme. — Dans 2 cas de rhumatisme articulaire aigu, l'auteur le donna à la dose de 3 à 4 grammes par jour aussi longtemps qu'il exista de la fièvre, de la tuméfaction et de la rougeur articulaire. Au bout de cinq et sept jours, on descendit à 2 grammes, puis à 1 gramme par jour. Guérison en quatorze, seize jours.

Une petite fille de 7ans, atteinte de la même affection, prit 5 grammes de salol par jour, par dose de 1 gramme ; en quarante-huit heu-

res, l'amendement était très notable ; enfin, chez une quatrième malade âgée de 9 ans, des vomissements se montrèrent à la suite de la première dose du médicament ; un lavement contenant 2 grammes de salol provoqua une urticaire généralisée. Le salicylate de soude ayant donné lieu au même exanthème, on recourut à l'antipyrine, qui fut bien supportée. Dans 2 cas d'endocardite et péricardite rhumatismales, le salol ne donna de bons effets qu'après action de la digitale.

Deux catarrhes de la vessie furent rapidement améliorés par l'usage du médicament à la dose de 1 gramme, de 2 grammes et même de 2 gr. 50 par jour. En deux jours, la quantité d'urine augmente, la sécrétion devient acide et la mixtion indolore.

Un mélange à parties égales de poudre de talc purement pulvérisé et de salol fut appliqué sur des plaies résultant de brûlures étendues ; la cicatrisation se produisit rapidement.

(*Therap. Monat.*, 1888, et *Union méd.*)

141. — Sur l'emploi thérapeutique du Collinsia canadensis. — Le *Collinsia canadensis* est une plante qui, dans certains pays de l'Amérique, jouit d'un renom populaire dans le traitement des maladies de la vessie. Avec cette plante, on prépare des remèdes qui passent pour être particulièrement efficaces dans le traitement de l'affection calculeuse de la vessie. La médication favorise l'expulsion des calculs, en activant la diurèse et en faisant cesser le spasme de la vessie. D'après M. Shoemaker, les préparations de collinsia, associées à la morphine et à l'aconit, donnent de bons résultats dans le traitement de la cystite aiguë, de l'incontinence d'urine chez les enfants, lorsque l'incontinence est en rapport avec un spasme de la vessie. De même, sous forme de suppositoires préparés avec des racines de la plante, celle-ci constitue un remède très efficace contre le vaginisme et les spasmes douloureux de l'anus.

Les autres applications thérapeutiques du *Collinsia canadensis*, indiquées par Chœmker, sont relatives au traitement de la dysménorrhée, des coliques intestinales, des ulcères atoniques (pommade). Enfin la plante est douée d'une action vermifuge contre les ascarides lombricoïdes. (Dr Shœmaker.)

(*Medical-Register et Wiener*, *Med Presse*, 1888, n° 21, p. 760.)

⁂

142. — Poudre laxative dans les affections utérines. (P. Ménière.) — Dans les affections congestives de l'utérus ou des annexes, dans les cas où se produisent sous la moindre influence des ménorrhagies et des métrorrhagies, les purgatifs drastiques doivent être écartés avec soin. P. Ménière recommande la poudre composée suivante, qui ne renferme que des laxatifs et des cathartiques à dose modérée et qui lui a toujours donné d'excellents résultats :

Sureau (fleur) en poudre	....	10 gram.
Soufre —	....	10 —
Sené (follicules) —	....	10 —
Crème de tartre —	....	10 —
Fenouil —	....	4 —
Anis étoilé —	....	4 —
Coriandre —	....	4 —
Sucre —	....	50 —

M. exactement. Prendre tous les soirs en se couchant, ou le matin de très bonne heure et à jeun, une cuillerée à café de cette poudre (deux ou plus dans le cas de constipation rebelle) délayée dans un demi-verre d'eau.

143. — Lotions au borax contre les démangeaisons aux parties génitales. — La solution à employer pour ces lotions se prépare en faisant dissoudre dans un demi-litre d'eau chaude 10 grammes de borax ; on ajoute au liquide cinq gouttes d'essence de menthe poivrée.

144. — Leucorrhée vaginale des jeunes mariées.

(P. Ménière).

Sulfate de zinc..............................	10 gr.
Alcool ordinaire..........................	50 —
Ergotine....................................	4 —
Eau camphrée............................	250 —

F. s. a. — Solution dont on mettra une cuillère à bouche dans l'eau chaude de chaque injection.

Les premières approches, trop fréquemment répétées, sont souvent suivies d'une leucorrhée vaginale simplement muqueuse au début,

puis bientôt muco-purulente, menant très rapidement à la vaginite et au vulvisme.

L'injection précédente donne des résultats excessivement rapides lorsqu'elle est employée à temps. Dans tous les cas, il faut conseiller le repos sexuel.

***

145. — Pâte contre l'eczéma de la vulve. (Lassus)

Acide salicylique pulv................	1 à 2 gr. 50
Oxyde de zinc pulvérisé..............	12 gr. 50
Amidon pulvérisé....................	12 gr. 50
Vaseline pure.......................	25 gr. »

Mêlez avec soin et faites une pâte que l'on étend sur la peau, pour combattre l'eczéma généralisé, à la fois papuleux et squameux. On couvre la région de coton après la friction.

146. — Emploi du permanganate de potasse dans certaines affections utérines. — Le docteur L'Voff a publié dans un journal médical de Moscou une étude clinique sur le permanganate de potasse, dont nous trouvons un extrait dans le journal anglais, *The Lancet*, du 31 mars 1888. Il a employé ce médicament dans deux cents cas, qu'il a classés dans les cinq catégories qui suivent : 1° Dans trente-deux cas, des jeunes filles, d'ailleurs paraissant bien portantes, étaient atteintes de dysménorrhée avec diminution du flux menstruel, sans que ce trouble pût être attribué à aucune cause appréciable. Des pilules de permanganate de potasse et d'extrait de pulsatille furent administrées huit ou dix jours avant l'époque des règles, et produisirent des effets excellents ; 2° Dans dix-sept cas, où, après la parturition, l'involution de l'utérus, dit l'auteur, avait été excessive, ou bien l'atrophie de l'utérus et des ovaires s'était produite sous l'influence d'affections puerpérales de longue durée, principalement pendant l'inflammation des annexes de l'utérus, l'emploi régulier desdites pilules pendant trois à six mois a été suivi d'une amélioration dans l'écoulement menstruel, à partir de la quatrième à la sixième semaine chez les femmes jeunes, à partir du troisième au quatrième mois chez les femmes plus âgées. — 3° Dans soixante-

deux cas, où une pelvi-péritonite s'était manifestée après le travail, un bon résultat a été obtenu chez la majorité des malades, mais un petit nombre n'en ont retiré aucun avantage. — 4° Dans soixante-cinq cas de jeunes femmes mariées, stériles, chez la plupart desquelles on constata la présence de gonococcus blennorrhagique, et dont plusieurs souffraient de maladies des trompes ou des ovaires, les effets de l'emploi du permanganate de potasse ont été peu remarquables, et même nuls chez plusieurs. — 5° Dans onze cas de symptômes prématurés de ménopause — de 35 à 40 ans — où l'atrophie utérine fut toujours appréciable, l'emploi du permanganate est resté sans utilité.

(*Union méd.*)

147. — Cyanure de mercure contre la diphthérie. (H. SELLDEN.) — Le cyanure de mercure est préconisé de nouveau comme remède contre la diphthérie. Le docteur Sellden l'administre sous les formes suivantes :

Cyanure de mercure....................	2 grammes
Teinture d'aconit.....................	2 »
Miel ordinaire........................	50 »
Eau distillée.........................	150 »

Une cuillerée à dessert par quart d'heure, par demi-heure, ou par heure, suivant l'âge du malade.

On ne pratiquera jamais de badigeonnages ou d'attouchements, mais on fera gargariser tous les quarts d'heure avec :

Cyanure de mercure....................	4 cent.
Eau de menthe.........................	400 gram.

(*Allg. med. Central-Zeitung* et *Pharm. Centralhalle*, XXIX, 1888, 249.)

* * *

148. — Traitement du tympanisme par le salicylate de magnésie. — Ce sel se prépare en ajoutant du carbonate de magnésie à une solution saturée et bouillante d'acide salicylique, jusqu'à dissolution complète. La solution est filtrée et abandonnée à la cristallisation. Le salicylate de magnésie se présente sous forme de longues aiguilles incolores d'une saveur amère facilement solubles dans l'eau et dans l'alcool.

Ce sel a été préconisé pour remplacer le salicylate de bismuth dans

le traitement du tympanisme abdominal. Il réunit les propriétés d'un antiseptique et d'un antipyrétique. Son emploi, même à hautes doses, 3 à 6 grammes par jour, ne présente pas d'inconvénients. (*Pharm. Zeitung*, 1888, 146.)

***

149. — Traitement des douleurs pelviennes par la cocaïne. — Le Dr Goelet rapporte qu'aucun médicament n'est comparable à la cocaïne pour combattre les douleurs pelviennes. Après avoir soigneusement lavé les parois vaginales avec des solutions antiseptiques, afin de leur restituer tout leur pouvoir absorbant, on injecte une solution de 4 % de cocaïne, que l'on dirige spécialement vers le col utérin ; on introduit ensuite un tampon d'ouate chargé d'acide borique en poudre, afin de retenir autant que possible la solution de cocaïne. Ce tampon forme un support élastique pour l'utérus, qui en a si souvent besoin. L'action de cette injection n'est pas seulement limitée au vagin, mais elle se répercute sur la circulation capillaire de tous les organes pelviens. Une seule application de ce traitement amènera toujours une amélioration considérable dans les douleurs pelviennes, quand elles ne dépendent pas de lésions graves. Si on répète ces applications à des intervalles de deux jours, on parviendra à guérir, au bout de très peu de temps, des cas bien marqués de congestion ou d'inflammation pelviennes, en faisant disparaître l'engorgement capillaire. (*Journ. d'accouch.*).

150. — Traitement de la méningite chez les enfants. (H. Pierron). — 1° Entretenir la liberté du ventre par le calomel pris le matin.

2° Vésicatoire volant sur la tête.

3° Friction des aînes et des cuisses avec l'onguent napolitain simple trois ou quatre fois par jour.

4° Potion toutes les demi-heures (2 ans).

Bromure de potassium..............	3 grammes.
Iodure de potassium.................	0 gr. 60.
Teinture de musc.....................	X gouttes.
Sirop de quinquina..................	30 grammes.
Eau de tilleul..........................	120 —

Quelques sangsues aux apophyses mastoïdes.

⁂

151. — Le Geranium maculatum dans les hémorrhagies utérines. — Le geranium maculatum, signalé autrefois à l'attention des médecins américains par le Dr Barton, était tombé dans l'oubli. Le Dr Shoemaker, de Philadelphie, vient de reprendre cette étude.

Ce dernier considère le geranium maculatum comme étant sans rival dans toutes les formes d'hémorrhagie et préconise particulièrement l'extrait fluide.

Dans les métrorrhagies, il recommande 20 gouttes d'extrait quatre fois par jour et des injections vaginales contenant une partie d'extrait pour trois d'eau. Il sera parfois nécessaire de tamponner le vagin avec du coton imprégné de la solution diluée ou de pratiquer avec elle des injections utérines qui doivent être faites avec précaution.

(*Journal de médecine de Paris.*)

152. — Traitement de la leucorrhée par l'acide borique, par F. Schwartz. — Ayant obtenu d'excellents résultats de l'acide borique en poudre dans l'otorrhée, l'auteur se demande si on ne pouvait pas l'employer de la même façon dans la leucorrhée. Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade chez laquelle les remèdes les plus divers, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le bismuth, les irrigations chaudes, etc., avaient absolument échoué et qui, au bout de quinze jours, était parfaitement guérie par l'acide borique. L'auteur l'a employé fréquemment depuis, et toujours avec les mêmes résultats favorables.

Il conseille d'opérer de la façon suivante : faire une irrigation vaginale avec de l'eau aussi chaude que possible, introduire le spéculum et sécher avec des éponges et du coton hydrophile. On introduit alors une quantité d'acide borique en poudre suffisante pour remplir la partie supérieure du vagin et recouvrir complètement toute la partie intra-vaginale du col. On tasse la poudre et on la maintient en place au moyen d'un gros tampon de coton absorbant.

On laisse le pansement en place pendant trois ou quatre jours et on le renouvelle s'il est nécessaire, ce qui est rare. Les deux premiers

jours, il y a encore un léger écoulement aqueux à travers la poudre et le coton, mais il disparaît promptement.

L'auteur, sans vouloir faire de l'acide borique une panacée dans les cas de leucorrhée a toujours obtenu la guérison et pense que ce nouveau mode de traitement rendra de signalés services.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

153. — Leucoplasie et cancroïde de la muqueuse vulvo-vaginale (Besnier). — Au point de vue de l'étiologie, on sait peu de choses sur cette affection ; on sait seulement, d'après les observations de M. Besnier, qu'elle peut s'observer chez les diabétiques ; mais, en tout cas, on peut dire que toutes les causes d'irritation sur la muqueuse vaginale et vulvaire peuvent être le point de départ de l'affection.

Aussi est-ce dans ce sens que doit être dirigée la thérapeutique. M. Besnier prescrit des injections fréquentes, des lotions alcalines après chaque miction et l'application de pommades, telles que la suivante destinées à protéger les parties intactes contre le contact des liquides irritants :

Amidon........................ }	ââ 25 grammes.
Oxyde de zinc.................. }	
Vaseline......................	40 grammes

Mais il est nécessaire, dès que la dégénérescence épithéliomateuse paraît se produire, d'intervenir chirurgicalement.

FORMULAIRE

—

Le Salol intus et extra dans le traitement de la névralgie lombo-abdominale (réflexe utérin) chez les arthritiques. (J. Chéron.)

La névralgie lombo-abdominale est en relation étroite avec le affections utérines, à ce point que sur un nombre de quatre mille cas observés, avec soin, dans mon service de Saint-Lazare, l'existence des

cette névralgie spontanée ou provoquée par la pression fut reconnue trois mille neuf cent soixante-dix fois. On comprend, d'après cela et surtout d'après l'exposé du rôle important qu'elle joue dans les affections de l'appareil urétro-ovarien (1), tous les efforts qu'on fait et qu'on fera pour l'atténuer et la guérir en même temps qu'on traite l'affection utérine qui l'a engendrée.

Le salol ou salicylate de phénol que le docteur Hermann Sahli, de Berne a récemment introduit dans la thérapeutique, se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristalline, douée d'une odeur aromatique qui rappelle celle de l'essence d'amande amère.

Soluble dans l'alcool et dans l'éther, il est à peu près insoluble dans l'eau. Sous l'influence des ferments digestifs et plus particulièrement sous l'influence du suc pancréatique, le salol se dédouble en acide salicylique et en acide phénique.

On emploie le salol à l'intérieur à la dose de deux à huit grammes. L'action sur la circulation est peu marquée, la respiration s'accélère au début et revient bientôt à l'état antérieur. La température seule est modifiée notablement, mais d'une façon temporaire, sous l'influence des doses élevées (6 à 10 grammes.)

De nombreux auteurs en ont obtenu de bons effets comme analgésique dans le rhumatisme dont il abrège la durée. Cette action s'exerce aussi dans les cas de névralgies d'origine variée, de douleurs rhumatoïdes, etc.

Le salol est bien supporté par l'estomac.

Je l'emploie de la façon suivante :

1° Salol en poudre........................... 10 gr.

en 20 cachets.

Prendre 2 à 4 cachets par jour, avant les repas.

2° Salol en poudre........................... 60 gr.
Vaseline blanche........................... 60 gr.
Blanc de baleine........................... Q S.

pour une pommade.

Onctions douces sur la région lombo-sacrée, deux fois par jour.

C'est particulièrement chez les arthritiques atteintes de névralgie lombo-abdominale, en rapport avec une affection utérine, que le salol m'a donné de bons résultats.

(1) Névralgie lombo-abdominale, *Revue des Maladies des femmes*, 1880.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

LA GYNÉCOLOGIE AU CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE.

Le 18 juillet 1888, la première session du Congrès pour l'étude de la tuberculose s'est tenue, à Paris, sous la présidence de M. Chauveau.

Parmi les questions traitées dans ce Congrès, quelques-unes intéressent spécialement les gynécologistes et méritent d'être résumées dans ce journal.

Tout d'abord, voici, d'après l'excellent compte rendu du *Bulletin médical*, une partie de l'importante communication de M. Cornil sur la tuberculose des muqueuses. Elle montre la possibilité de la pénétration des bacilles tuberculeux à travers la muqueuse utérine saine, non desquamée.

J'ai étudié cette année, dit M. Cornil, plusieurs utérus tuberculeux; deux de ces utérus existaient chez des femmes âgées. La contagion par rapports sexuels paraît bien improbable dans ce cas.

Dans une autre observation, le col était seul envahi et l'examen histologique a montré dans ce fait des granulations tuberculeuses très nombreuses, caractéristiques.

Le résultat de cet examen, le siège des granulations au-dessous de l'épithélium, chez une femme n'ayant pas de manifestations pulmonaires ni péritonéales, pouvaient faire penser à une tuberculose due à la contagion par les voies sexuelles : nous n'en avons aucune preuve; mais ce fait don-

nait néanmoins à réfléchir, car si les tubercules étaient superficiels il pouvait se faire qu'ils fussent dus à la pénétration des bacilles par la surface de la muqueuse.

Pour établir cette possibilité, nous avons introduit dans le vagin de plusieurs cobayes femelles, à l'aide d'un tube de verre terminé par une extrémité amincie et bien émoussée, de façon à ne produire aucune érosion de la muqueuse vaginale, deux ou trois gouttes de culture de bacille de la tuberculose.

M. Dobroklonsky a fait sur ces utérus de cobayes qui ont été sacrifiés, 6, 12, 20, et 32 jours après l'opération, des préparations ; voici l'aspect sous lequel elles se présentaient :

Les lésions utérines examinées sur des coupes du col sont caractérisées pendant les premiers jours par un catarrhe du col, par la grande abondance de cellules lymphatiques, libres dans la cavité cervicale ou situées dans les glandes ; on rencontre quelques bacilles au milieu de ces cellules.

Au quinzième jour, cette inflammation catarrhale est plus accentuée et déjà on assiste au début de la formation de petits follicules tuberculeux microscopiques, au-dessous du revêtement épithélial conservé.

Ces petits tubercules siègent immédiatement sous les cellules épithéliales, à l'extrémité libre des villosités du col ou au niveau des culs-de-sac glandulaires.

Trente-deux jours après l'inoculation, les tubercules sont très faciles à voir au microscope.

Cette expérience montre quelle minime quantité de culture de bacilles suffit pour transmettre le mal sans qu'il y eût eu de lésions traumatiques, d'excoriation, ni d'érosions de la muqueuse du vagin où le virus a été déposé.

Elle nous permet de dire que l'infection de l'utérus est possible par voie vaginale, si l'on y introduit des bacilles.

On doit faire remarquer, il est vrai, que l'épithélium de la cavité du col est formé de cellules ne formant qu'un revêtement assez mince ; et que ce sont, comme sur la muqueuse de l'intestin, des cellules cylindriques très facilement vulnérables, qui sont bien loin d'opposer à la pénétration des liquides et corps étrangers, la même résistance que les couches stratifiées de l'épithélium pavimenteux.

A ce point de vue, de toutes les muqueuses génitales de l'homme et de la femme, ce serait celle de l'utérus qui offrirait le moins de résistance.

Il nous semble *a priori* qu'un revêtement muqueux formé de cellules pavimenteuses stratifiées comme celui du vagin, de l'urèthre, de la vessie, offre une barrière des plus résistantes aux bacilles.

Cependant, nous avons vu des bacilles de la tuberculose pénétrer ave des cellules migratrices, entre les cellules pavimenteuses de la muqueuse du pharynx ; mais la muqueuse était dans ce fait parsemée de tubercules et enflammée ; les cellules épithéliales étaient écartées par le passage de globules migrateurs et c'est à la faveur de cette lésion de la couche épithéliale, que les bacilles cheminaient entre les cellules.

Cette réceptivité de la muqueuse utérine pour les bacilles tuberculeux ne doit pas nous étonner outre mesure, alors que nous savons avec quelle facilité les gonocoques de la blennorrhagie pénètrent dans le canal cervical, soit pour s'y cantonner, soit pour envahir plus tard la cavité utérine, les trompes et même le péritoine, ainsi que cela a été démontré dans ces derniers temps. Il s'agirait de savoir maintenant si les conditions de l'infection des voies génitales de la femme par le bacille de Koch se trouvent souvent réalisées dans les rapprochements sexuels lorsque le mari est atteint lui-même de tuberculose ; il est probable que non, puisque la tuberculose génitale de la femme, celle du col de l'utérus surtout, est relativement rare, au moins d'après ce que nous connaissons actuellement de la question. Je ne me dissimule pas, du reste, combien les recherches dont je parle seraient délicates et difficiles à faire dans la pratique ; cependant, le problème n'est pas insoluble avec les facilités que donne l'expérimentation chez les animaux.

Quoi qu'il en soit, il parait certain dès aujourd'hui que les spermatozoïdes peuvent contagionner l'ovule (et par suite le fœtus) sans contagionner la mère. MM. Landouzy et Hipp. Martin l'avaient déjà démontré il y a quelques années par des recherches expérimentales très intéressantes, et le premier de ces auteurs vient d'en donner, au Congrès de la tuberculose, une preuve clinique qui mérite d'être rapportée.

Dans sa communication, il s'agit de quatre enfants tous morts tuberculeux, la mère restant saine ; ces enfants avaient été nourris au sein. Il n'est pas possible d'admettre la contagion, car le père, atteint de tuberculose pulmonaire, toussait, mais ne crachait pas. Il s'agit donc bien d'une infection conceptionnelle, les spermatozoïdes ayant contagionné l'ovule. Ce fait démontre donc la réalité de la transmission héréditaire de la tuberculose, comme de la syphilis, du père à l'enfant, la mère restant saine, si bien qu'on peut dire : *pater est quem morbus filii demonstrat.*

M. La Torre adopte les mêmes conclusions dans le mémoire

qu'il a lu sur l'influence de la tuberculose sur le développement du fœtus. Il résulterait de ses recherches que l'influence du père tuberculeux est plus marquée que celle de la mère, cette dernière se faisant peu sentir.

Pour ma part, je connais un fait assez probant : D'un père tuberculeux et d'une mère bien portante, naissent quatre enfants, dont deux meurent en bas âge de méningite tuberculeuse et deux survivent. De ces derniers une fille se marie avec un homme vigoureux ; elle ne tarde pas à devenir à son tour tuberculeuse et meurt en laissant deux enfants qui jusqu'ici ont une santé parfaite. Bien qu'incomplète, cette observation vient à l'appui de l'opinion de MM. Landouzy et La Torre.

Dans le même ordre d'idées, voici ce que dit M. Chambrelent (de Bordeaux) sur la méningite tuberculeuse pendant la grossesse : « J'ai eu l'occasion d'observer trois cas de méningite tuberculeuse chez des femmes enceintes arrivées à des époques différentes de la grossesse. J'en ai pu suivre les observations et faire la nécropsie des trois malades.

Il semble résulter de ces observations que la grossesse ne paraît pas avoir d'influence manifeste sur la marche de la maladie.

Mais, fait plus curieux, la maladie, même dans sa période ultime, ne paraît pas avoir d'influence sur la grossesse et sur la santé du fœtus.

Je considère donc que la provocation de l'accouchement doit être tentée si la femme a dépassé six mois et demi de grossesse et si le diagnostic de méningite tuberculeuse est bien établi. »

Signalons, en terminant, l'importante communication de M. Bong (de Copenhague) sur le lait tuberculeux. Il en résulte que le lait de vache doit toujours être bouilli avant de servir à l'alimentation des enfants, conclusion adoptée par presque tous les membres du Congrès. D'autres ont proposé de substituer le lait de chèvre au lait de vache, la chèvre n'étant que très exceptionnellement tuberculeuse.

Voici cette communication, d'après le *Bulletin médical* :

Depuis 1884, j'ai étudié la question si importante de la virulence du lait des vaches tuberculeuses, même quand elles ont la mamelle saine. Sur 20 vaches dans ce cas, deux fois seulement le lait était virulent. Sur 8 femmes phthisiques il ne l'a jamais été.

J'ai démontré la persistance des bacilles de Koch dans les divers produits du lait. J'ai écrémé par l'appareil centrifuge un lait très riche en bacilles et trouvé que la plus grande quantité de bacilles est lancée en dehors et se trouve dans le sédiment déposé aux parois de l'appareil, mais qu'une certaine quantité reste encore dans le lait écrémé et dans la crème. De même, les bacilles se trouvent dans la crème séparée de la manière commune et ils conservent leur virulence également dans de la crème douce et acidifiée. Il y en a encore dans le bat-beurre et dans le beurre provenant d'un lait riche en bacilles.

J'ai fait des expériences nombreuses sur l'influence de la chaleur sur le lait tuberculeux. L'échauffement pendant cinq minutes à 50 ou 60° centigrades n'a pas le moindre effet ; mais des degrés de température un peu plus hauts affaiblissent les virus d'une manière évidente ; cependant un tel lait peut encore produire la tuberculose par l'inoculation.

D'après mes premières expériences l'échauffement jusqu'à 70° ou 72° suffisait pour la destruction complète du virus ; mais comme ce résultat se montrait inconstant, je l'ai répété sur bon nombre de lapins. Or, dans deux séries d'expériences, le lait tuberculeux, chauffé à 80°, produisit la tuberculose par inoculation, mais non dans deux autres. L'échauffement à 85° fut employé dans trois séries, et le lait exposé à cette chaleur se trouva toujours inoffensif. Dans deux séries, j'examinai l'influence de la coction qui suffisait — cela va sans dire — pour la destruction du virus.

L'affaiblissement du virus par l'influence des degrés de température entre 60° et 75° se montra d'une façon très nette par des expériences d'alimentation (sur 18 lapins) dont deux séries eurent une durée de quelques jours, une troisième celle de 30 mois. Six lapins qui burent le lait tuberculeux cru devinrent tous tuberculeux (4 au plus haut degré), 2 burent le lait chauffé à 60°, 2 le prirent à 65° ; de ces quatre, 2 seulement (un de chaque section) montrèrent les traces très légères de l'infection. Six lapins qui le burent chauffé à 70°, et deux à 75°, ne montrèrent pas la moindre trace de la maladie.

J'ai fait de pareilles expériences avec 8 cochons dans 2 séries. Ici le résultat fut moins démonstratif. Les 4 cochons nourris de lait tuberculeux cru, devinrent évidemment tuberculeux; mais les autres qui l'avaient bu chauffé, deux à 65° et deux à 70°, montraient aussi des traces légères de la maladie. Qu'on se souvienne cependant que la tuberculose par infection accidentelle est beaucoup plus commune chez les cochons que chez les lapins, de sorte qu'on n'est jamais complètement assuré de la santé de ces animaux avant le commencement de l'expérimentation.

J. B.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr Chéron.

De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

DIXIÈME LEÇON

LES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service.

Sommaire. — Pourquoi les ulcérations du col ont tenu, jusque dans ces derniers temps, une si grande place dans les préoccupations des médecins gynécologues.

Obscurités sur l'étiologie, la pathogénie, l'importance et le diagnostic des *granulations*. Idées de Courty sur ce sujet; cet auteur les différencie nettement des ulcérations, tandis que, pour d'autres, elles représentent la variété la plus légère des ulcérations : l'ulcération granuleuse. Pour nous les granulations du col, telles que les a décrites Courty, sont très fréquentes; mais elles ne sont qu'une des apparences que peuvent revêtir les ectropions et devraient être dénommées ectropion granuleux.

Définitions des *ulcérations* du col d'après J. P. Petit, Benjamin Bell, Vidal, Nélaton, Follin et Courty. Ce dernier gynécologiste a bien observé qu'il y a, dans cette lésion, quelque chose qui ne ressemble pas aux ulcérations des autres parties du corps ; il a bien noté cette tendance à l'exubérance des tissus qui aurait dû lui faire soupçonner que l'ulcération n'est souvent qu'une simple apparence. Pour nous, en effet, la plupart des soi-disant ulcérations présentent sur toute leur surface un revêtement épithélial continu et sont de simples ectropions de la muqueuse du canal cervical. Si l'ectropion perd son épithélium et se détruit plus ou moins profondément, alors on peut dire qu'il y a ulcération du col ou autrement dit l'ulcération du col est un ectropion ulcéré.

Pathogénie des ulcérations ; elles sont le résultat de l'inflammation d'après Bennet, Aran et Nonat, de l'engorgement d'après Lisfranc et Duparque, de la leucorrhée d'après Gosselin et Tyler-Smith. Pour d'autres, elles dépendent uniquement de causes générales ; les éclectiques admettent l'influence des causes générales, des dispositions locales et croient qu'elles sont tantôt la cause, tantôt la conséquence des autres états morbides de l'utérus qui les accompagnent, tandis que d'autres fois elles n'ont qu'un rapport de coïncidence avec eux.

Importance des ulcérations du col. — Robert Lee, Gibert, Gosselin, considèrent les ulcérations comme de peu de valeur et méritant à peine un

traitement spécial ; Lisfranc, Jobert, Laurès et Courty les représentent comme une des maladies les plus importantes des organes génitaux de la femme.

Fréquence par rapport aux autres affections utérines d'après les relevés de Courty, de Bennett, de West, et comparativement aux autres maladies d'après West, S. Stewart et Aran. Statistique de l'auteur portant sur 3820 cols examinés au spéculum. Remarques sur la signification de ces chiffres qui englobent à la fois les ulcérations et les ectropions mal connus à l'époque où ces recherches ont été faites.

Quelques classifications. Classifications étiologiques de Blatin et Nivet (1832), de Robert (1848), de Follin ; classifications à la fois étiologiques et anatomiques de Scanzoni, de Despeyroux (1872), de Audoyer (1874). Classification de Courty. Curieuse classification de C. Mayer qui, dès 1861, avait distingué les ulcérations siégeant dans le canal cervical de celles qui siègent sur les lèvres du museau de tanche. Pourquoi toutes ces classifications sont trop compréhensives, la syphilis, le tubercule, le cancer n'ayant rien à voir avec l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. Classification générale de l'auteur. Les ulcérations simples, qui seules nous intéressent ici, peuvent se subdiviser en 1° : exulcérations ; 2° ulcérations folliculaires ; 3° ulcérations papillaires (granuleuses ou fongueuses).

Réflexions sur cet historique rapide.

Connues de toute antiquité, les ulcérations du col, ont tenu, surtout depuis le commencement du siècle, une très grande place dans les préoccupations des médecins gynécologues.

Vous savez que c'est pour cautériser plus facilement une ulcération du col que Récamier, vers 1814, réinventa le spéculum ; la faveur dont jouit bientôt cet instrument précieux, qu'on ne tarda pas du reste à perfectionner, permit de constater la fréquence et les nombreuses variétés des lésions du museau de tanche. Ayant rarement l'occasion de contrôler sur le cadavre les altérations du col observées pendant la vie, puisqu'il s'agissait d'affections en général bénignes, et d'autre part l'histologie pathologique étant encore à créer et l'anatomie normale elle-même étant loin d'être faite, les médecins durent s'en rapporter presque exclusivement aux apparences. On se fia sans défiance à ces apparences trompeuses et la plupart des rougeurs qu'on constatait sur le museau de tanche reçurent le nom générique d'ulcérations du col. Les cavités du corps et du col de la matrice se dérobaient presque entièrement aux moyens d'exploration alors en usage,

si bien que ces ulcérations apparurent comme des lésions isolées, comme de véritables entités morbides représentant, par leur fréquence, leur persistance, leur résistance au traitement, la plus importante de toutes les affections génitales de la femme.

Vous ne serez pas étonnés, d'après cela, Messieurs, des nombreux écrits, des discussions sans cesse renouvelées, des théories plus ou moins ingénieuses dont les ulcérations du col ont été le sujet pendant plus d'un demi-siècle. Actuellement la question n'est plus aussi passionnante, et de même que la découverte de l'hystérométrie avait fait délaisser l'étude du museau de tanche pour l'étude de la cavité utérine, des hypertrophies totales ou partielles de la matrice, etc.., de même les succès des laparotomistes mettent à l'ordre du jour les annexes de l'utérus, les affections dont elles peuvent être atteintes et l'influence de leur ablation sur certains troubles utérins. Néanmoins l'histoire des ulcérations du col tient trop intimement, ainsi que j'espère vous le démontrer, à notre sujet : l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical, pour que je puisse laisser de côté toutes les théories anciennes ; je me bornerai du reste aux données les plus importantes.

Pour ne pas vous faire d'emblée une énumération fastidieuse de définitions et de classifications qui, au fond, diffèrent très peu entre elles, résumons tout d'abord l'opinion d'un auteur classique, de Courty, opinion qu'il a soutenue jusqu'en 1881, époque où parut la dernière édition de son Traité des maladies de l'utérus.

Comme si la question n'était pas assez obscure déjà, cet auteur décrit séparément les ulcérations et les granulations.

Les granulations utérines, dit-il, sont de petites excroissances grenues, fibro-vasculaires, habituellement multiples et confluentes, variables pour le nombre et le volume, se montrant de préférence à l'orifice du col, mais pouvant se développer également sur tous les points de la surface externe et interne de cet organe et même dans la cavité utérine, soit par l'effet d'une altération de sa vie locale, soit sous l'influence d'un état morbide général, diathésique ou non diathésique,

Pour lui, comme pour Chomel, « les granulations constituent une maladie propre de la matrice ».

On les rencontre 450 fois sur 3,000 maladies utérines, ce qui se comprend si l'on se reporte à l'hypertrophie granuleuse de la muqueuse utérine, véritable cause prédisposante locale.

Toutes les diathèses représentent des causes prédisposantes générales à la formation des granulations.

L'inflammation joue un rôle restreint dans l'apparition de cette lésion ; il y a bien des granulations sur certains cols enflammés, mais alors il s'agit plutôt de bourgeons charnus couvrant une surface ulcérée que de granulations vraies, fibro-plastiques.

Il faut accorder beaucoup plus d'importance pathogénique aux diathèses et surtout à la diathèse herpétique et au catarrhe du col ; celui-ci, par la fluxion qu'il entretient sur la membrane muqueuse de la matrice, met en jeu ses tendances hypertrophiques et donne ainsi naissance aux granulations.

La dysménorrhée, les premières approches, les excès vénériens, la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, enfin quelquefois l'inflammation utérine sont encore des causes de granulation ; ce sont les causes déterminantes, d'après Courty.

Les signes physiques sont assez nets : au toucher, on sent autour du museau de tanche une surface donnant la sensation du velours d'Utrecht qui saigne lorsqu'on la racle légèrement avec l'ongle. Le spéculum permet de voir une « surface rouge grenue, commençant à l'orifice utérin, s'irradiant de proche en proche, sur une étendue plus ou moins considérable du museau de tanche, formée de petites élevures habituellement confluentes, presque jamais discrètes, envahissant rarement tout le col, mais formant une sorte de plaque ou d'élevure mamelonnée, framboisée, entourée de tous côtés par une surface annulaire saine du col utérin ». Un écoulement glaireux mucoso-purulent recouvre la surface granuleuse.

Retenez cette description, soit dit en passant, Messieurs, car elle correspond à quelque chose de bien observé et de bien décrit, c'est-à-dire à une variété d'ectropion assez fréquente, l'ectropion granuleux. Malheureusement, l'auteur avait voulu faire préma-

turément l'anatomie pathologique, et son hypertrophie fibro-plastique a vécu ; malheureusement aussi, il a cru que les granulations pouvaient exister sur les lèvres du col indépendamment de toute endométrite cervicale ; bien mieux, il croyait que si elles pouvaient être consécutives à une altération semblable de la cavité du col, d'autres fois elles naissaient d'abord sur le museau de tanche pour envahir plus tard le canal cervical ou même la cavité utérine !

Je vous fais grâce des distinctions à établir entre les granulations herpétiques, les granulations scrofuleuses, les granulations catarrhales et les granulations fongueuses et même les granulations syphilitiques !

Telle est, aussi brièvement résumée que possible, la description des granulations du col ou encore de ce qu'on appelait métrite externe, métrite granuleuse, mamelonnée, etc. Vous voyez combien d'obscurités régnaient dans ce sujet ; vous comprenez combien il était difficile d'avoir des idées précises sur le rôle de ces granulations qui, tantôt apparaissaient uniquement sous l'influence d'une diathèse — et toutes les diathèses devaient être passées en revue — tantôt dépendaient d'un travail inflammatoire ; qui pouvaient ici, succéder au catarrhe du col, là, lui donner naissance ; qui, chez une malade, étaient consécutives à des granulations du canal cervical et, chez une autre, naissaient sur le museau de tanche pour gagner ensuite les cavités du col et du corps. Pour les uns, elles n'avaient rien à voir avec les ulcérations du col, et Courty insistait avec raison sur ce que « entre les granulations et les bourgeons charnus il y a une ressemblance presque complète, il n'y a de différence que dans la présence à peu près constante du revêtement d'épithélium dans les granulations, et son absence sur les bourgeons, jusqu'au moment de la cicatrisation et du desséchement de la plaie. » Pour d'autres, au contraire, comme Despeyroux (1), elles rentraient dans les ulcérations du col dont elles n'étaient qu'une variété, la moins grave, il est vrai, l'ulcération granuleuse.

(1) *Etudes sur les ulcérations du col et de la matrice.* Th. de Paris, 1872.

Les granulations étant ainsi décrites séparément, arrivons aux ulcérations proprement dites.

Despeyroux a réuni quelques-unes des définitions des auteurs. Pour J. L. Petit et Benjamin Bell, dit-il, l'ulcération est une solution de continuité, sécrétant du pus ou matière puriforme sanieuse.

Boyer dit que c'est une solution de continuité plus ou moins ancienne, accompagnée de sécrétion purulente, entretenue par une cause locale ou générale. Vidal (de Cassis) croit à une gangrène moléculaire et Nélaton à un travail morbide accompli par les seules forces de la nature et qui a pour effet de produire une solution de continuité.

D'après Follin, c'est une solution de continuité avec perte de substance qui sécrète une matière puriforme dont le caractère fondamental est de naitre et de se développer par une destruction et une élimination successive des tissus vivants.

Pour Courty, enfin, l'ulcère est un état morbide caractérisé par une perte de substance d'une étendue variable en largeur et en profondeur, entretenue, sinon produite, par une cause interne ou par un acte morbide local, excrétant habituellement un liquide purulent.

« L'ulcération, dit-il, est le travail pathologique qui produit l'ulcère. C'est une altération du mouvement nutritif telle que la décomposition l'emporte sur la composition, la désassimilation sur l'assimilation.

« Qu'il y ait résorption excédante des éléments du tissu ou destruction moléculaire des divers points de la surface malade, s'il y a en même temps absence ou insuffisance du travail réparateur, le résultat est toujours la production ou la persistance d'une solution de continuité. Y aurait-il même cette tendance à la réparation, excès de production dans le mouvement nutritif, bourgeonnement, végétation plus ou moins luxuriante de la surface malade ; si cette surface continue à sécréter, ou à saigner facilement, si elle n'est pas protégée et limitée par un revêtement épithélial nouveau, si elle ne prend pas l'aspect qui caractérise les parties voisines et qui lui est propre, on admet toujours la persis-

tance d'un ulcère. Il peut y avoir un ulcère élevé, une exubérance de tissu au lieu d'une perte de substance ; mais l'absence de cicatrisation suffit pour que l'ulcération persiste ; elle caractérise l'ulcère plus encore que la profondeur de la destruction des éléments anatomiques. »

Par cette citation un peu longue, j'ai voulu vous faire voir que si Courty n'avait pas compris ce qu'est exactement l'ulcération du col et surtout quels sont ses rapports avec l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical, au moins il avait bien observé qu'il y a, dans cette lésion, quelque chose qui ne ressemble pas aux ulcérations des autres parties du corps ; il a insisté à juste titre sur l'exubérance des tissus qu'il croyait ulcérés ; mais, pour lui, cette tendance au bourgeonnement, à l'hypertrophie, était une propriété spéciale de la matrice, en sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en étonner et de rechercher si l'ulcération n'était pas une simple apparence, au lieu d'être une réalité anatomique. Il n'y a pas longtemps, du reste, que le microscope a pu trancher définitivement la question.

En somme, Messieurs, et sans vouloir entrer dans de plus grands détails, pour les auteurs, l'ulcération du col consistait essentiellement en une solution de continuité des tissus qui le composent, et tel est en effet le caractère le plus important de cette lésion. Or, il faut bien le répéter encore, malgré que je vous l'aie dit déjà bien des fois, la plupart des cols soi-disant ulcérés présentent sur toute leur surface un revêtement épithélial continu et ne sont autre chose que ce que je vous ai décrit sous le nom d'ectropion de la muqueuse du canal cervical. Quand l'ectropion perd son épithélium et se détruit plus ou moins profondément, alors seulement on peut dire qu'il y a ulcération du col ou autrement dit l'ulcération du col est un ectropion ulcéré.

Mais telle n'était pas l'idée qu'on se faisait, il y a une dizaine d'années, sur les ulcérations du col.

Les éclectiques admettaient que tantôt elles se développaient d'emblée, sous l'influence de causes générales et d'une disposition locale favorables à sa naissance (Courty), tantôt elles s'accompagnaient d'autres états morbides, dont elles étaient soit la

cause, soit la conséquence, ou bien avec lesquels elles n'avaient qu'un rapport de coïncidence. Pour le plus grand nombre des auteurs, au contraire, les ulcérations du col étaient toujours secondaires; mais parmi ceux-ci encore, que d'opinions différentes ! Tandis que pour Bennet, Aran, Nonat, elles sont le résultat de l'inflammation, et pour Lesfranc et Duparque, la conséquence de l'engorgement, pour Gosselin et Tyler-Smith, elles sont produites par la leucorrhée.

Si l'on n'était pas fixé sur la pathogénie des ulcérations, on ne l'était guère plus sur leur importance, puisque, d'après Robert Lee, il n'existe sur le col, en fait d'ulcères, que des altérations de peu de valeur ; d'après Gibert, les ulcérations du col ne méritent pas habituellement d'importance et peuvent guérir sans aucun traitement topique ; d'après Gosselin, c'est à peine si la thérapeutique a besoin de s'en occuper, tandis que pour Lisfranc, Jobert, Laurès et pour Courty lui-même, elles représentent une des maladies les plus importantes des organes génitaux de la femme.

La fréquence de cette affection a été reconnue par à peu près tous les observateurs ; on peut admettre les chiffres suivants à titre de renseignement, en remarquant que la distinction n'a pas été faite dans ces tableaux entre les ectropions et les ulcérations.

Comparativement aux affections utérines :

Courty a trouvé :	425 ulcérations sur		1563 maladies utérines	
J. H. Bennet :	237	—	300	—
West :	17	—	29	—

Comparativement aux autres maladies, on rencontre :

D'après West :	17 ulcérations du col sur		65 autopsies.	
D'après S. Stewart :	15	—	50	—
D'après Aran :	1	—	10	—

J'ai moi-même noté l'état du col chez 3,820 malades : j'ai trouvé 2,940 cols malades et 980 sains.

Des 2,940 premiers, 2,332 avaient une hernie de la muqueuse du canal (ectropion avec ou sans ulcération) et sur ce nombre, 1806 appartenaient à des femmes ayant eu des enfants et 526 à des nullipares.

Des 980 cols sains, 88 appartenaient à des multipares et 392 à des nullipares.

Les classifications des ulcérations du col n'ont pas moins varié que les définitions données par les auteurs.

Pour n'en citer que quelques-unes, voici d'abord celle de Blatin et Nivet (1832). Chaque ulcération reçoit le nom de la cause qui la produit et c'est ainsi qu'on distingue des ulcérations simples, des ulcérations blennorrhagiques, syphilitiques, herpétique, scrofuleuses, dartreuses, scorbutiques, etc.

Dans sa thèse de concours, soutenue en 1848, Robert les divisait en spécifiques et en non spécifiques.

Follin les classait en locales et en diathésiques.

Scanzoni décrivait l'érosion et l'excoriation, l'ulcération profonde, l'ulcération fongueuse (crête de coq), l'ulcération variqueuse, l'ulcération phagédénique, l'ulcération syphilitique, l'infiltration cancéreuse et tuberculeuse.

Despeyroux (1872) distingue des ulcérations granuleuses, végétantes, fongueuses, des ulcérations de la grossesse et des ulcérations diathésiques.

Audoyer, n'ayant surtout en vue que les ulcérations inflammatoires (Th. de Paris, 1874), prend pour base de sa classification l'anatomie pathologique et donne la division suivante : 1° la folliculite (inflammation des glandes mucipares qui siègent au pourtour de l'orifice cervical) ; 2° l'érosion au second degré succédant à la folliculite ; 3° l'ulcération ou agrandissement de l'érosion en surface et en profondeur ; 4° l'ulcère végétant ; 5° l'ulcère fongueux qui est une ampliation de l'ulcère végétant ; 6° les ulcérations pendant la grossesse ; 7° toutes les ulcérations diathésiques.

Courty distingue les ulcérations superficielles, qu'il dénomme excoriations, des ulcères ordinaires du col, qu'il appelle ulcérations, et réserve le nom d'ulcères pour les ulcérations à tendance destructive, tels que les ulcères cancéreux, diphthéritiques, serpigineux, phagédéniques.

Dans la première variété, il comprend les érosions, les exulcérations, les fissures ; parmi les ulcérations proprement dites,

les unes se caractérisent par une exubérance de tissu : tels sont les ulcères granuleux, végétants, fongueux, variqueux, qui dépendent de la métrite chronique, du catarrhe utérin, de la grossesse ou de quelque autre altération de la vie locale ; les autres se font remarquer par une perte de substance plus ou moins sensible, comme les ulcères à fond grisâtre, indurés, les ulcères rongeants et généralement ceux qui sont entretenus par une affection diathésique.

En Allemagne, on acceptait généralement la division de C. Mayer (1), qui avait remarqué, avec beaucoup de raison, ce fait que les surfaces rouges, saignant facilement et produisant une sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, en un mot ce qu'on appelait les ulcérations du col, siégeaient plus souvent dans le canal cervical que sur la face externe du museau de tanche, et il décrivait les variétés suivantes :

1° Erosions et excoriations simples, siégeant sur les lèvres du museau de tanche chez des jeunes filles ou des femmes ;

2° Gonflement et érosion de la muqueuse du canal cervical, consécutifs à de l'endométrite chronique ;

3° Excoriations folliculaires et ulcérations de la muqueuse du canal cervical ;

4° Erosions papillaires et excoriations siégeant sur les lèvres du col et dans le canal cervical.

En voilà assez, Messieurs, et il me serait facile de faire la critique des diverses classifications que je viens de vous rappeler. Je me contenterai de vous faire remarquer que les lésions syphilitiques, tuberculeuses et cancéreuses du col ne rentrent pas dans notre sujet ; en outre, il n'y a pas lieu de subdiviser à l'infini les ulcérations diathésiques : l'herpétisme et la dartre par exemple ne représentent plus maintenant des états bien tranchés ; les ulcérations scorbutiques peuvent également être mises de côté ; la 1re et la 3e division de Mayer appartiennent pour nous à l'endométrite cervicale ; quant aux ulcérations siégeant sur les lèvres du museau de tanche sans endocervicite préalable, nous

(1) Vortrag uber Erosionen, Excoriationen und Geschwürsformen der Schleimhautdes Cervicalcanals und der Muttermundslippen. Berlin 1861.

n'en admettons pas l'existence. Force nous sera donc de vous proposer une autre classification, qui aura du moins le mérite de la simplicité.

Nous dirons : Il peut exister sur le col : I) des ulcérations simples ; II) des ulcérations spécifiques (syphilis) ; III) des ulcérations diathésiques (scorbut, scrofule, cancer, tuberculose). La 2e et la 3e variété n'ont aucun rapport avec l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical et il suffit de les mentionner ici. Quant aux ulcérations simples, elles peuvent se subdiviser en trois groupes :

1° Exulcérations.

2° Ulcérations folliculaires.

3° Ulcérations papillaires. Ces dernières peuvent être granuleuses ou fongueuses. Nous reprendrons plus tard cette classification que nous avons déjà développée dans la thèse d'un ancien interne de Saint-Lazare, le Dr L. Naudin (1).

Je termine ici cet historique rapide des idées qu'on se faisait, il y a quelques années encore, dans notre pays du moins, sur les ulcérations du col. J'aurai l'occasion de vous parler bientôt des travaux plus récents qui sont venus de l'étranger surtout, corroborer l'opinion que je m'étais faite depuis 1879, sur les relations étroites qui unissent les ulcérations du col à l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. Mais ce que j'ai voulu vous faire comprendre avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, c'est l'obscurité, l'incertitude, les divergences absolues d'opinions qui régnaient sur l'étiologie, la pathogénie, l'importance et le rôle réel des ulcérations du col. Pendant plus d'un demi-siècle, la gynécologie a été ainsi ballottée de théorie en théorie, entraînée de côté et d'autre par les conceptions les plus opposées. Heureux ceux d'entre vous qui se mettent au travail, maintenant que le terrain est à peu près déblayé et que l'on commence à construire, sur un terrain solide, les assises d'un monument durable.

(*A suivre.*)

---

(1) Des ulcérations du col de l'utérus. Th. de Paris, 1886.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE

Par PAUL-DAVID COQUARD,

Ex-interne des Hôpitaux de Lille, Lauréat de la Faculté de Lille, Aide d'anatomie pathologique à la même Faculté.

(*Suite et fin.*)

II. — Les difficultés que nous avons trouvées pour interpréter la pathogénie de l'exfoliation membraneuse se retrouvent également dans celles des symptômes concomitants. Ceux-ci se ramènent à deux principaux :

1° L'hémorrhagie. — Elle se comprend assez facilement, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point qu'elle est produite par la chute de la muqueuse et l'état congestif de l'utérus. A ce propos, rappelons que, dans nos deux observations, à aucune époque menstruelle l'écoulement sanguin n'a précédé l'expulsion de la première membrane. La congestion de l'utérus semblerait ici secondaire, et n'influerait que sur l'abondance du flux, minime dans les utérus fibreux, comme celui de notre première malade, pouvant aller jusqu'à la ménorrhagie dans les utérus gros et habituellement congestionnés; c'était le cas de notre seconde malade. Mais nous ne pouvons assigner aucune cause déterminée à cette exagération de l'hyperhémie périodique du réseau vasculaire utérin.

2° Les douleurs. — Ce sont elles qui représentent le symptôme le plus caractéristique de la crise. La douleur éclate, se propage, puis s'éteint ou persiste avec une intensité variable durant la période des règles, et même parfois dans l'intervalle intermenstruel. Quelle en est la cause? Pourquoi, dans certains cas, comme ceux cités par Bernutz, Maier, y a-t-il expulsion membraneuse sans crise ?

A part quelques gynécologistes qui, comme Vedeler, considèrent les accidents douloureux comme d'origine purement nerveuse, la plupart des auteurs accordent une importance plus ou

moins considérable à l'obstruction du col et à l'empêchement qui en résulte pour le libre écoulement du flux cataménial.

C'est à dessein que nous n'avons pas insisté précédemment sur l'atrésie du col, car il nous eût fallu nous répéter ici en traitant de la pathogénie de la crise douloureuse.

Pour Marion Sims, Simpson, etc.., et en général tous les partisans de la théorie qui font de l'atrésie du col la cause de la dysménorrhée membraneuse, ce serait cette dernière qui, empêchant le passage des membranes, s'opposerait à l'issue des règles et conséquemment occasionnerait des contractions utérines violentes, destinées à expulser le sang contenu dans l'utérus. Ces contractions expulsives, niées par Coste, seraient pour eux par elles-mêmes peu douloureuses; mais la souffrance serait exagérée par l'intervention d'un autre facteur, le rétrécissement et l'irritation du canal cervical. Schrœder notamment soutient cette opinion et ajoute même que la douleur n'est pas caractéristique de la dysménorrhée membraneuse, qu'elle est causée surtout par l'obstruction du canal cervical, non seulement parce que ce canal est dans ces cas habituellement rétréci, mais encore parce qu'il est enflammé et que les membranes sont trop volumineuses pour le traverser sans difficulté. Sims, Goodell citent à l'appui de leur théorie des cas de dysménorrhée membraneuse guérie soit par dilatation du col, soit par incision du canal cervical.

Monsieur le professeur Hallez, ayant eu sous les yeux plusieurs cas où l'atrésie du col coïncidait avec la dysménorrhee membraneuse, est partisan de cette théorie, tout au moins pour l'explication pathogénique des phénomènes douloureux.

Parmi les objections faites à la théorie de Sims, nous relèverons surtout les deux suivantes :

1° Il est bien difficile d'admettre que l'atrésie du col puisse causer des contractions désordonnées de l'utérus pendant un temps aussi prolongé. Il s'agit d'une membrane mince, flexible, souple, dont la présence ne semble pas devoir constituer un obstacle suffisant pour amener une pareille révolte de l'utérus. Aussi, comme le fait remarquer Bernutz, « cette hypothèse si séduisante au début, en ce qu'elle rendait compte de la coïncidence de la fin

de la crise et du rejet du moule utérin, devint-elle bientôt problématique ».

2° Quant aux cas guéris par la dilatation, sans vouloir dénier ici d'une manière absolue toute influence à l'atrésie du col comme cause déterminante, on peut supposer que l'intervention chirurgicale a agi autrement qu'en levant un simple obstacle mécanique par l'élargissement des voies d'expulsion, par exemple en modifiant la vitalité et la sensibilité des parties.

Siredey est revenu lui-même sur la théorie trop exclusive de la production de la douleur par action mécanique, et il divise la crise en deux périodes : l'une correspondant à l'exfoliation de la muqueuse, l'autre à l'expulsion de cette dernière, toutes deux séparées par un intervalle variant de quelques jours à quelques heures. La première crise serait due aux contractions utérines, tandis que la seconde le serait au passage au travers d'un canal rétréci et enflammé du bouchon membraneux. Il sauvegarde ainsi au moins en partie la théorie mécanique.

Bernutz et la plupart des auteurs n'admettent pas cette division, et croient que le maximum des douleurs doit être attribué aux contractions utérines réflexes, résultant de l'irritation produite sur le muscle par la présence du sang dans les couches profondes de la muqueuse.

Bernutz va plus loin et sur la seule présence ou l'absence de foyers hémorrhagiques dans les lambeaux expulsés, il prétend qu'on peut distinguer les cas douloureux de ceux qui ne le sont pas. Il admet deux formes de desquamation pathologique de la muqueuse : l'une par fragments peu étendus, non douloureuse, sans apoplexie interstitielle, l'autre par moules entiers ou grands lambeaux, douloureuse et présentant des traces d'apoplexie. Il explique ainsi la simultanéité de la douleur et de la présence de foyers sanguins. Par la décortication profonde de la muqueuse (au niveau des couches qui sont le siège des hémorrhagies) et l'irritation se propageant au muscle utérin, l'apoplexie amène des contractions désordonnées de l'utérus ; celles-ci, malgré leur intensité, restent plus ou moins inefficaces par

suite du défaut de dilatation régulière du col, qui fait croire à un rétrécissement temporaire.

Lorsque, au contraire, l'apoplexie manque, la desquamation reste superficielle et n'amène pas les mêmes troubles ; le col se dilate régulièrement laissant ainsi l'expulsion membraneuse se faire sans crise douloureuse.

Cette hypothèse de Bernutz n'est appuyée encore que sur trois faits observés par lui ; si elle était vérifiée dans la généralité des cas, on comprendrait facilement, comme il le dit lui-même, comment l'action d'un état inflammatoire survenant chez des malades atteintes d'une exfoliation non douloureuse, pourrait transformer l'affection en dysménorrhée membraneuse vraie.

L'endométrite, ou tout autre affection utérine, entraînant un trouble circulatoire persistant, pourrait ici être invoquée comme cause déterminante, surtout chez des sujets ordinairement débilités, ainsi que le montrent diverses statistiques.

C'est ainsi que la scrofule, le lymphatisme, l'arthritisme, le névrosisme ont été signalés comme causes prédisposantes, et non à tort, puisque sur les 20 cas relatés par Huchard et Labadie, 13 fois on a constaté l'une ou l'autre de ces perturbations de l'état général ; il en est de même pour 13 des 14 malades de Williams, pour 4 des 6 de Bernutz, etc.

L'hérédité semble aussi avoir une influence indéniable chez certains sujets ; nous pouvons citer à l'appui de ce dire, une observation du Dr Duplan, rapportée par Siredey, où six sœurs eurent de la dysménorrhée membraneuse dès leur première menstruation. Siredey soignait lui-même deux sœurs atteintes de cette affection.

La dysménorrhée apparaît souvent dès la première menstruation, notre première observation en est un exemple ; mais elle peut aussi survenir après un accouchement, au début du mariage, à la suite d'excès vénériens. Sa plus grande fréquence est de 20 à 30 ans. Le coït semblerait avoir une certaine influence sur cette affection. Tyler Smith rapporte un cas intéressant à cet égard : une femme fut atteinte de dysménorrhée dès les premiers

rapports sexuels; devenue veuve, elle guérit, puis se remaria et dès lors vit réapparaître son mal.

Citons encore un cas rapporté par Huchard et Labadie où la maladie était manifestement d'origine blennorrhagique, ainsi qu'une observation de Wyder où la dysménorrhée semblait avoir été causée par une endométrite syphilitique.

Rencontrée dans tous les pays, elle paraît plus fréquente en Amérique, où, si l'on en croit Dewees, ce médecin aurait traité « plus de cent femmes atteintes de dysménorrhée membraneuse, au moyen de la teinture de gaïac ».

La dysménorrhée membraneuse est du reste une affection plus commune qu'on ne le croit généralement, car bien souvent, comme le fait remarquer Gallard, l'expulsion de la membrane a lieu par lambeaux sans que la malade s'en aperçoive, lambeaux qu'on pourrait retrouver « si l'on avait la pensée de les rechercher dans le sang menstruel avec tout le soin nécessaire ».

Traitement.

En abordant la thérapeutique de la dysménorrhée membraneuse, affection dont la pathogénie, comme nous l'avons vu plus haut, n'est pas encore définie, il ne faut pas se dissimuler les difficultés que l'on peut rencontrer, et même l'impossibilité où l'on se trouve d'établir un traitement unique, en raison des variations d'origine de la maladie.

Le traitement sera donc différent suivant les cas ; il diffère même suivant le moment de son application ; au moment de la période menstruelle, la thérapeutique aura principalement pour but de combattre les symptômes de la crise dysménorrhéique, et surtout les phénomènes douloureux qui caractérisent l'affection. Pendant les époques intermenstruelles, la médication employée portera surtout sur la lésion primordiale, tendra à s'opposer au retour des accidents, ce sera un traitement curatif ; ce dernier pourra varier du tout au tout, car il aura pour objectif la guérison d'affections essentiellement distinctes, comme le fait avec juste raison remarquer André Petit, affections « dont la dysménorrhée est le symptôme ».

Comme première indication, nous devons nous efforcer de rendre la crise dysménorrhéique le moins pénible et le moins douloureuse possible aux malades et notre rôle consistera à calmer et à soulager la patiente.

Pour arriver à ce résultat, nous avons un agent thérapeutique précieux : la morphine et en général les préparations opiacées.

La voie d'introduction par l'estomac est trop lente, et à cause des vomissements incoercibles dont sont souvent atteintes les malades, ne peut être suivie d'effets certains. On devra donner la préférence à l'injection sous-cutanée et aux applications topiques. La morphine par voie hypodermique donne des effets rapides, presque immédiats, surtout si elle est associée à l'atropine, puisque ce dernier corps modère la contraction des fibres musculaires lisses, et arrête ainsi les contractions de l'utérus qui jouent certainement un rôle actif dans la douleur de la crise dysménorrhéique. Ces médicaments devront être donnés à dose très faible pour qu'on puisse sans intoxication en répéter l'emploi pendant toute la durée des douleurs.

Nous ne parlons qu'accessoirement du chloroforme qui, dans ces cas, ne peut guère être employé par suite de son action narcotique peu prolongée. Il n'en est pas de même du chloral soit seul en lavement à la dose de 2 ou 3 gr., soit en potion associé au bromure de potassium, qui donne des résultats satisfaisants.

L'ergotine à la dose de 0,20 plusieurs fois répétée suffit entre les mains de Skène à calmer dans un cas une crise des plus violentes.

En employant l'un ou l'autre de ces médicaments suivant le cas et le degré d'efficacité qu'il comporte, il faut recommander l'usage des boissons chaudes, de tisanes diaphorétiques, etc.

Comme médication externe, l'emploi d'injections chaudes, d'applications chaudes sur le ventre, de cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre et les lombes, a de même une heureuse influence. L'application de suppositoires ou les frictions avec des pommades à base de belladone donnent de même d'excellents résultats. L'électricité, proposée par quelques auteurs, n'a qu'une action douteuse.

Il nous reste à parler des antiphlogistiques ; ceux-ci soit sous forme de ventouses scarifiées sur le ventre, de vésicatoires aux joints douloureux, de stimulants, en un mot de révulsifs, ont une action double ; car, outre qu'ils sont employés ici en vue d'une médication palliative, ils ont encore une action au point de vue du traitement curatif, en agissant sur l'utérus et les organes génitaux ; ces parties sont, en effet, comme nous l'avons dit plus haut, souvent le siège d'une inflammation plus ou moins intense. L'application de sangsues sur le col donne des résultats vraiment surprenants chez certains malades, et a fait cesser brusquement, à plusieurs reprises, tous les phénomènes douloureux.

Il faudra de même faciliter l'expulsion membraneuse qui peut se faire avec beaucoup de difficultés, vu l'atrésie du col souvent coexistante avec la dysménorrhée membraneuse.

Le principe de la médication sera donc, d'une part, d'ouvrir aux sécrétions une voie d'élimination large et facile, en même temps d'agir, d'autre part, sur la vitalité de la muqueuse et la modifier dans toute son étendue.

Conformément à ces deux indications nous aurons donc à étudier :

1° Dilatation.

2° Traitement local.

Nous ne nous appesantirons pas sur les différents procédés de dilatation, soit rapide, soit lente. Avec le catéthérisme, nous entrons dans le traitement à proprement parler de la dysménorrhée membraneuse. Dans certains cas, comme dans celui cité par André Petit (où tous les accidents cessèrent et ne se renouvelèrent jamais dès la quatrième séance de cathétérisme), l'atrésie du canal disparaît et avec elle l'expulsion douloureuse dès les premières manœuvres opératoires. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, témoin notre première malade, malgré des séances nombreuses, répétées pendant de longs mois.

La dilatation graduelle met souvent à bout la patience des malades ; aussi celles-ci réclament-elles souvent la dilatation forcée. Laissant de côté le procédé de dilatation par les dilatateurs métalliques, procédé qui n'est pas exempt de danger, nous di-

rons quelques mots de la dilatation au moyen d'éponges préparées. M. Doleris, dans une communication récente, donne un manuel opératoire qui semble mettre à l'abri des accidents infectieux : après antisepsie vaginale de quelques jours, il introduit dans le canal une éponge préparée, préalablement trempée dans de l'éther iodoformé ; cette éponge est changée toutes les 24 heures, et au bout de cinq à six jours la dilatation du canal est suffisante pour permettre au chirurgien d'opérer immédiatement le raclage de la muqueuse utérine. Le curage de l'utérus, qu'on expérimente actuellement, semble dans certains cas avoir pleinement réussi.

Les déviations utérines seront guéries par le cathétérisme, l'application de pessaires, etc...

L'évidement conoïde du col, dans les mains de Sims, Simpson, Bennett, dans des cas d'atrésie de l'orifice interne, a donné d'heureux résultats.

Nous ne parlons qu'accessoirement des procédés de guérison de l'endométrite qui accompagne si souvent la dysménorrhée membraneuse. Les injections astringentes proposées par Charpignon, Henning, les cautérisations au nitrate d'argent, proposées par Tilt, Siredey, celles du col essayées par Puech, ont entre les mains de ces différents médecins, soit en agisssant directement, soit plutôt en changeant la vitalité de l'organe femelle, donné quelques succès assez encourageants. Purdy, dans ces derniers temps, s'est bien trouvé, dans un cas, de l'emploi du viburnum opalin à l'état de teinture alcoolique, qui, d'après lui, administré sous forme de potion huit jours auparavant, aurait un effet préventif pour calmer les douleurs.

L'électricité sous forme de courants continus a, dans certains cas, donné de très bons effets. Williams introduisait dans le canal cervical de ses malades une tige galvanique qu'il laissait en place pendant plusieurs mois ; ce procédé, outre les dangers auxquels il expose les malades, n'a donné aucun résultat positif.

A ces médications locales si variées, il faut encore joindre un traitement général. Certains auteurs, entre autres Bernutz, insistent sur ce point, que souvent la dysménorrhée membraneuse

procède d'un état général mauvais. L'arsenic, le fer, l'huile de foie de morue devront être employés suivant les cas, et c'est ainsi que Bordier cite une observation qui a trait à une malade atteinte de dysménorrhée membraneuse et qui fut guérie par un traitement arsenical longtemps prolongé. Dans d'autres cas, des saisons souvent répétées à Salins, Plombières, Neris, Kreuznach, etc., ont donné de bons résultats.

A la fin de ce court exposé thérapeutique, où nous avons rapporté les différents procédés de médication connus jusqu'à ce jour, nous ajouterons que, à côté de ces cas suivis de guérison, que nous avons relatés plus haut, il en est d'autres infiniment plus nombreux, et nos deux malades en sont deux exemples, où l'affection dysménorrhéique n'a cédé à aucun traitement.

La persistance des douleurs, leur exacerbation au moment de la crise menstruelle, rendent la vie tellement insupportable aux malades, qu'elles se soumettent à un dernier traitement : l'ovariotomie double, soit pratiquée par le vagin, soit par la paroi abdominale, a jusqu'ici donné des résultats assez satisfaisants pour qu'on puisse y songer et y recourir dans des cas absolument rebelles.

CONCLUSIONS.

Nous résumerons, en terminant, les conclusions auxquelles nous mène le présent travail :

1° La membrane dysménorrhéique est la muqueuse utérine exfoliée ; elle peut présenter les lésions de l'endométrite. Malgré des analogies de structure indéniables, l'examen histologique permet généralement de différencier les membranes dysménorrhéiques de la caduque expulsée dans l'avortement.

2° La dysménorrhée membraneuse ne dépend pas directement d'une autre affection de l'organe génital. Elle est l'exagération d'un processus physiologique et sa pathogénie paraît varier notablement suivant les cas.

3° La stérilité est la conséquence habituelle de la maladie, surtout quand celle-ci s'établit dès les premières menstruations (utérus frappé d'un arrêt de développement).

4° Le traitement purement médical semble avoir peu d'effet. Il ne peut en général que s'adresser, et encore d'une façon imparfaite, aux affections concomitantes, sans avoir la prétention d'attaquer le mal dans sa racine.

5° Le traitement chirurgical compte à son actif quelques succès, mais il n'est pas encore possible actuellement de formuler un jugement général au sujet de son efficacité.

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE AIGUE PAR LA LAPAROTOMIE

Par Lawson Tait,

Professeur de gynécologie au Queen's College de Birmingham (1).

Bien que les progrès immenses accomplis en chirurgie abdominale aient été réalisés au prix de polémiques envenimées, ces dernières ne doivent cependant pas être regrettées, car sans elles le progrès n'est jamais possible.

J'ai pris part à ces polémiques et je ne regrette pas un seul mot qui a été dit sur moi, sur les opinions que j'ai avancées et sur mes actes. De même, je n'ai rien à regretter dans mes réponses à mes adversaires. Tout homme sérieux parle avec énergie. J'ai toujours sincèrement soutenu mes opinions et je les ai exprimées en conséquence. D'ailleurs les résultats de ces polémiques sont déjà acquis. Ainsi la ponction des tumeurs ovariennes et parovariennes a été délaissée partout où notre influence a pu atteindre ce procédé condamné par Bantock et par moi. L'énorme diminution de la mortalité des ovariotomies doit être en grande partie attribuée à ce fait que nos opinions sont acceptées par les médecins appelés les premiers à soigner les malades. Je puis dire avec une grande satisfaction que depuis plusieurs années déjà il ne m'est plus arrivé d'opérer une tumeur ovarienne ou parovarienne préalablement ponctionnée par un praticien du district de Bir-

(1) L'intérêt de ce mémoire et la haute situation occupée à juste titre par son auteur nous engagent à le reproduire ici in extenso ; quoiqu'il ait été déjà publié dans quelques journaux. (*Note de la Rédaction.*)

mingham. Les quelques cas soumis à cette intervention préjudicieuse que j'ai eu l'occasion de voir, provenaient d'autres districts, où nos doctrines n'ont pas encore pénétré.

Un autre résultat tout aussi nettement établi est que les opérations précoces réussissent, tandis que les opérations tardives sont souvent suivies de mort. Le succès des ovariotomies précoces nous ayant appris à ne plus craindre de toucher au péritoine, nous nous sommes naturellement avancés dans une toute autre direction que nos prédécesseurs, surtout dans les cas de péritonite aiguë et d'obstruction intestinale.

Pour rendre l'exposé qui suit plus clair, je vais commencer par le récit d'un insuccès. C'est le meilleur moyen d'indiquer la voie qui mène au succès.

Il y a quelques mois, je fus appelé à voir une dame, atteinte, disait-on, de péritonite puerpérale. Je n'indiquerai pas le lieu où le cas est arrivé et je ne nommerai pas les médecins qui en sont responsables, car j'ai beaucoup de raisons de croire qu'ils regrettent amèrement l'histoire que j'ai à raconter et je ne vois pas pourquoi je devrais augmenter le chagrin qu'ils éprouvent. Il suffit de dire que j'ai dû faire un voyage de 350 lieues. Je suis parti pourvu du nécessaire pour une intervention chirurgicale. La malade avait été accouchée huit jours avant de son quatrième enfant. Elle était atteinte de péritonite aiguë et se trouvait dans un état désespéré.

Le médecin avait constaté un obstacle au passage de la tête fœtale et, après plusieurs efforts infructueux pour accoucher la malade à l'aide du forceps, il obtint l'assistance d'abord d'un et ensuite d'un second confrère. Ils constatèrent tous qu'une tumeur se présentait au devant de la tête, et ayant essayé vainement de faire passer la tête à côté de la tumeur, ils se décidèrent, malheureusement, à ponctionner la tumeur par le rectum. Cette deuxième faute fut pour le moment couronnée de succès. Ils évacuèrent environ une pinte de liquide transparent, et accouchèrent ensuite la femme sans difficulté. Tout marcha bien pendant quatre jours, au bout desquels les symptômes de péritonite se déclarèrent. La troisième faute, encore pire que les autres,

consista dans toutes sortes de tâtonnements pendant quatre jours avant qu'on se décidât à me faire appeler. A mon arrivée, il n'était pas difficile de constater qu'on avait ponctionné un petit kyste pelvien, que ce kyste avait suppuré, que le pus avait probablement pénétré dans le péritoine et entraînait la malade rapidement vers la mort. Je proposai immédiatement la laparotomie, bien que j'eusse peu d'espoir de sauver la malade, dont on ne pouvait plus compter le pouls. L'incision de l'abdomen donna issue à environ trois pintes de pus abominablement fétide, et permit de constater la présence d'un petit kyste parovarien gangreneux, cause de tous les troubles. Je l'enlevai, mais la malade succomba six heures après.

Ce cas est très désavantageux pour moi, car je suis obligé de le considérer comme une ovariotomie avec issue mortelle, ce qui influencera défavorablement ma statistique opératoire.

La première faute dans ce cas était certainement de n'avoir pas complètement anesthésié la malade pendant le travail et bien repoussé la tête en arrière pour réduire par-dessus elle la tumeur. Si cela eût été fait (ce qui n'était pas difficile), on aurait pu laisser en place la tumeur jusqu'à la convalescence complète de la malade de son état puerpéral. La seconde faute — la ponction de la tumeur par le rectum — devait inévitablement amener la suppuration. Je ne connais pas de cas de tumeur pelvienne qui, traitée ainsi, n'ait pas suppuré, et je considère cette méthode de traitement comme étant absolument insoutenable. Dans certaines circonstances, il est permis de faire la ponction par le vagin, procédé qui aurait été justifié dans ce cas si on n'avait pas réussi à réduire la tumeur par-dessus la tête, bien qu'il eût été plus sûr et en même temps plus facile d'enlever la tumeur par en haut. Mais le diagnostic une fois établi par la ponction, c'était une conduite absolument erronée que de laisser quatre jours jusqu'à l'apparition de la péritonite et puis encore quatre jours avant de penser à une intervention opératoire. C'est justement ce qui est arrivé dans beaucoup de cas de mort par péritonite puerpérale. Je suis convaincu qu'un grand nombre de soi-disant fièvres puerpérales ont une origine purement locale, et que ce nombre

est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit habituellement. Je suis de plus en plus persuadé que dans les cas de ce genre, même quand ils paraissent désespérés, l'intervention chirurgicale peut être couronnée de succès.

Sans aucun doute, on rencontre aussi des infections générales, comme beaucoup d'observations déplorables me l'ont prouvé. Mais dans ces cas-là, il y a quand même une localisation : un abcès péritonéal étendu, qui peut bénéficier d'une intervention chirurgicale au même titre qu'une suppuration de l'articulation du genou, par exemple. D'après mon expérience, les cas les plus défavorables et les plus désespérés sont ceux qu'on observe chez les primipares, et je suis persuadé que les accoucheurs devraient considérer cette question si complexe à un nouveau point de vue en s'aidant de l'autopsie minutieuse dans chaque cas. On ne doit pas réunir pêle-mêle les différents cas sous les noms de « fièvre puerpérale », de « péritonite suite de couches », mais il faut les classer d'après une analyse plus exacte des lésions anatomiques.

La question de l'influence de la primiparité sur la fréquence et le mécanisme de la mort doit être étudiée avec soin. J'ai opéré plusieurs centaines de cas de rupture de l'utérus, et je ne me rappelle que trois cas survenus chez des femmes qui n'étaient pas primipares. J'ai aussi opéré beaucoup de fistules vésico-vaginales qui toutes, à l'exception de deux, appartenaient à des primipares. Avant de me vouer exclusivement à la gynécologie, j'ai eu des cas d'éclampsie puerpérale, et j'en vois quelquefois encore, et presque tous ces cas, se rapportaient à des primipares.

La primiparité a donc une fâcheuse tendance à devenir fatale dans certaines conditions. Ce fait, exprimé d'une manière générale, ne peut être nouveau pour personne ; mais je veux préciser le danger : quand on observe chez une primipare des symptômes de péritonite, les chances sont mauvaises, si la femme est abandonnée à elle-même. Aucune méthode de traitement ne donnant de bons résultats, on risque peu ou rien en ouvrant la cavité abdominale et en y introduisant un drain. L'évacuation précoce, même d'une petite quantité de sérum purulent, peut être utile

dans ces cas ; mais, *pour être de quelque utilité, elle doit être faite de bonne heure.*

J'étais appelé, en février, près d'une jeune femme huit jours après son premier accouchement. Tout marcha bien pendant quatre jours, quand apparurent tout à coup les symptômes initiaux de péritonite. Au moment de ma visite l'état de la malade était des plus graves. Je conseillai immédiatement la laparotomie et j'évacuai environ trois pintes de sérum fortement purulent. Pendant vingt-quatre heures l'amélioration fut remarquable et nous espérions pouvoir enregistrer un nouveau succès; mais cette espérance ne se réalisa pas et la femme succomba comme toutes les malades de ce genre.

La question reste certainement ouverte et ne peut être résolue que par la voie empirique. Aurions-nous sauvé la femme en opérant au second jour de la maladie au lieu d'opérer au quatrième?

Les résultats de l'intervention chirurgicale sont si satisfaisants dans les cas de péritonite non puerpérale et si brillants dans les péritonites même puerpérales, mais dues à des causes palpables et faciles à éloigner, que j'ai de fortes raisons pour opter en faveur de ma proposition. La seule chose à craindre est la terrible idiosyncrasie des primipares. Mais n'est-elle pas un argument de plus en faveur de l'intervention précoce ? Je suis disposé à répondre affirmativement à cette question et à plaider énergiquement pour la laparotomie précoce qui donne quelques chances de succès dans ces cas malheureux.

Je voudrais relater ici encore un cas à l'appui de mon opinion. Noegerrath et Sinclair ont suffisamment démontré l'influence néfaste de la blennorrhagie chez la femme et ils citent mes travaux qui confirment leurs conclusions. On peut, en effet, supposer que quelques-uns des cas fatals de péritonite puerpérale chez les primipares sont le résultat d'une blennorrhagie latente. L'observation suivante est certainement très instructive à cet égard.

Au mois de janvier dernier, j'ai observé une jeune femme atteinte de blennorrhagie et chez laquelle, dans l'espace d'un mois, la maladie se transmit à la cavité abdominale et provoqua tous les symptômes d'une péritonite généralisée subaiguë. Les

règles étaient absentes depuis presque trois mois. On constatait dans le cul-de-sac pelvien une tumeur uniforme qui s'étendait dans toutes les directions en partant du col de l'utérus comme d'un centre. Il y avait lieu de supposer la grossesse, mais on ne pouvait savoir si c'était une grossesse intra-utérine avec péritonite ou une grossesse tubaire avec rupture du sac. Je pratiquai la laparotomie qui démontra l'existence d'une péritonite purulente et d'une grossesse intra-utérine datant d'environ trois mois. Je nettoyai la cavité abdominale et j'y introduisis un drain. Au bout de dix jours la malade était complètement rétablie. Il est important de noter que non seulement il n'y eut pas d'avortement, mais que la grossesse a suivi son cours normal. La malade s'est mariée et sa santé est parfaite. Je ne doute pas que la péritonite n'ait été blennorrhagique, mais je ne puis comprendre comment le virus a pu traverser l'utérus gravide sans l'infecter.

Le 15 juillet, tard dans la nuit, je fus appelé par le docteur Hallwright pour un cas de grossesse tubaire avec rupture du sac. Il était clair que s'il y avait quelque chose à faire il fallait le faire immédiatement. Je pris donc avec moi tout le nécessaire pour l'opération. L'examen de la malade me montra qu'il s'agissait certainement d'une grossesse, mais je fus d'avis que c'était une grossesse intra-utérine, arrivée à peu près au cinquième mois et que les symptômes morbides dépendaient d'une péritonite aiguë.

Quoi qu'il en fût, nous décidâmes d'ouvrir l'abdomen, ce que je fis sur-le-champ, et j'évacuai une grande quantité de sérum purulent fétide. C'était en effet une grossesse intra-utérine au cinquième mois. J'introduisis un drain par derrière l'utérus. Au cinquième jour la température et le pouls devinrent normaux et la malade était en convalescence le 24 juillet. La grossesse a suivi son cours sans accidents et se termina en septembre par un accouchement normal d'un enfant vivant.

Le 17 septembre, le docteur Walters, de Stonehouse, me télégraphia qu'il m'amenait un cas de péritonite aiguë et que je devais me préparer pour une opération immédiate. Effectivement, il arrivait bientôt avec une jeune femme de constitution robuste, atteinte, depuis quatre jours, de symptômes de périto-

nite aiguë. Le docteur Walters l'avait vue pour la première fois le jour même où il me l'amenait, après un long voyage. Je ne puis m'empêcher de lui exprimer ici mon admiration plus encore pour son courage et son énergie que pour son diagnostic habile et complet. Du reste, j'ai eu la bonne fortune d'avoir souvent affaire à lui et j'ai toujours pu apprécier ses qualités éminentes. En me donnant la possibilité de pratiquer l'opération aussitôt que possible il me donnait la chance de triompher d'une maladie fatale. Le brillant succès que j'ai obtenu a complètement justifié sa conduite. Ce cas n'a pas peu contribué à ébranler la terreur traditionnelle qu'inspirait aux médecins le transport des malades de ce genre, terreur qu'auparavant je partageais aussi. La malade ne se trouvait pas plus mal après son voyage et nous avions l'avantage de la surveiller constamment, ce qui eût été impossible si elle était restée dans le village de Stonehouse. Un diagnostic exact et détaillé ne pouvait être fait, mais l'existence d'une péritonite suppurée n'était pas douteuse. J'ouvris immédiatement l'abdomen et je trouvai la cavité pelvienne remplie d'hydatides suppurées. Je la nettoyai complètement et j'introduisis ensuite un drain. La malade se rétablit rapidement et sans accidents. Au bout d'un mois elle retournait à Stonehouse et se porte bien depuis.

Le 27 février j'ai examiné, avec le docteur Longsfard Clay, M[me] A. P..., que mon ami et assistant, le docteur Rickets, avaient examinée la veille en mon absence. Les symptômes étaient tels que MM. Clay, Rickets et moi, nous pensions à une colique hépatique. La malade vomissait incessamment. Les douleurs qui étaient atroces paraissaient partir surtout de la région de la vésicule biliaire. Il n'y avait pas de distension notable de l'abdomen ; la température et la fréquence du pouls n'étaient pas sensiblement augmentées. J'ai ouvert l'abdomen avec la conviction d'avoir affaire à un calcul biliaire. Je ne l'ai pas trouvé, mais les intestins présentaient partout des adhérences récentes, tandis qu'il y avait très peu d'épanchement. J'ai placé un drain. Pendant trois jours l'écoulement par le drain fut très abondant. Les symptômes morbides s'amendèrent peu à peu ; au 15 mars la

malade était complètement guérie. La cause de la péritonite n'a pas été bien établie dans ce cas ; mais c'est tout de même remarquable qu'une simple incision de la cavité péritonéale paraît avoir sauvé la malade. Pour moi, il n'est pas douteux que dans l'état où la malade se trouvait, elle ne pouvait survivre plus de quarante-huit heures.

Le 28 février, le docteur Nosley m'envoya une jeune fille âgée de dix-sept ans, extrêmement anémique et se plaignant de fortes douleurs abdominales. Elle avait l'air d'être si sérieusement malade, que lorsqu'elle sortit de la voiture, je lui croyais peu d'heures à vivre. Elle était malade déjà depuis trois semaines, mais ne s'était adressée à M. Nosley que tout récemment. L'abdomen, très distendu, était rempli par une grande quantité de liquide ; la température était très élevée et le pouls si irrégulier, accéléré et faible, que l'on pouvait à peine le sentir. J'ai immédiatement consulté un confrère, craignant qu'il ne fût trop tard pour songer aux mesures opératoires. Notre décision commune fut en faveur de l'opération et le lendemain matin, je pratiquai la laparotomie qui donna issue à une grande quantité de pus. Je ne pus trouver de cause locale de cette suppuration. La malade était vierge, et par conséquent, il n'y avait rien dans les annexes de l'utérus. J'ai laissé un drain dans le péritoine pendant presque une semaine et après ce temps la température et le pouls devinrent normaux. Maintenant la malade s'est rétablie et personne ne reconnaîtrait en elle la mourante d'il y a trois semaines.

Le 5 décembre, le docteur Pearson, de Lingwinford, m'appela près d'une dame mariée, malade depuis environ quinze jours. Les symptômes étaient graves ; les douleurs incessantes empêchaient la malade d'étendre ses membres ; le pouls était très fréquent, et la température très élevée. L'examen du ventre ne me fournit pas d'indications précises. Cependant, j'ai cru trouver les deux trompes augmentées de volume. Les symptômes étaient si menaçants et s'aggravaient si rapidement que ma proposition d'ouvrir l'abdomen fut acceptée sans discussion. J'ai trouvé une pelvi-péritonite avancée et du pus dans les deux trompes. J'en-

levai le pus, j'épongeai le péritoine et je pratiquai le drainage. La malade fut bientôt délivrée de ses douleurs et se rétablit rapidement.

Nous avons donc eu une série de huit cas de péritonite aiguë de toute espèce, traités par la laparotomie. Dans six de ces cas, nous avons obtenu la guérison. Chez deux malades, la guérison survint, bien que l'opération fût entreprise à une période tardive qui rendait l'issue douteuse. Un des deux cas de mort fut dû uniquement à une intervention trop tardive, tandis que dans l'autre, qui se rapportait à une primipare, l'influence de l'intervention tardive sur l'issue fatale n'est pas aussi évidente ; je pense qu'une opération plus précoce n'aurait pas sauvé cette malade ; mais, prenant en considération les brillants résultats obtenus dans les autres cas, je suis porté à croire que les opérations précoces, peuvent, en général, sauver les malades, même dans les cas désespérés, tandis que les opérations tardives sont impuissantes, comme tous les autres moyens de traitement.

Préconisons donc l'intervention précoce. Avec elle on arrivera, j'en suis convaincu, à sauver au moins un certain nombre de ces malheureuses primipares par l'ouverture et le drainage de la cavité péritonéale, aussitôt qu'il est établi que cette cavité est le siège de phénomènes inflammatoires.

(*Le Bulletin médical.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai. — Présidence de M. Polaillon.

TRAITEMENT DES FIBRÔMES UTÉRINS.

M. Terrillon. — Parmi les indications de la castration ovarienne dans le cas de fibrôme utérin, il en est une dont il n'a pas encore été question, et dont je veux dire deux mots : l'étendue de la cavité utérine.

L'expérience m'a démontré que la castration n'agit efficacement que dans les cas où la cavité utérine, tout en étant augmentée de volume, ne l'est pas dans des proportions excessives.

Les utérus contenant des fibrômes hémorrhagiques et dont la cavité mesure de onze à quatorze centimètres, sont ceux dans lesquels la castration donne les meilleurs résultats ; lorsqu'un utérus mesure dix-huit, vingt et vingt-trois centimètres, et qu'il est le siège de fibrômes donnant lieu à des hémorrhagies graves, il y a bien peu de chance d'obtenir un résultat favorable avec la simple ablation des ovaires. Il est vrai que la constatation d'une cavité aussi étendue indique en même temps la présence d'un très gros fibrôme, et c'est à juste titre que ceux-ci ont été indiqués lors de notre dernière séance, comme rendant l'opération de Battey particulièrement difficile et constituant, à ce titre, une des contre-indications de cette opération.

(En ce qui concerne la mesure de la cavité utérine, difficile à l'aide de l'hystéromètre ordinaire, elle est rendue très facile au moyen d'un hystéromètre spécial que M. Terrillon présente à la Société).

M. Bouilly, à la dernière séance, a appelé votre attention sur la coexistence fréquente de lésions des ovaires et des trompes en cas de tumeur fibreuse utérine. Mon observation personnelle me permet de confirmer cette manière de voir, puisque sur huit castrations faites pour combattre des métrorrhagies dues à des fibrômes, trois fois j'ai trouvé les ovaires malades.

En présence d'une coïncidence aussi fréquente, on peut se demander si la maladie de l'ovaire n'est pas une des causes pour lesquelles certains fibrômes se compliquent d'hémorrhagies graves.

M. Richelot. — Je suis de ceux qui pensent qu'il ne faut pas chercher, en présence des fibrômes utérins, une ligne de conduite uniforme, systématique, mais savoir les traiter, suivant leurs allures, aussi bien par l'ablation sus-pubienne que par la castration ou les divers procédés d'extirpation vaginale.

Pour les *fibrômes très volumineux* qui remplissent le ventre, nous n'avons évidemment qu'une ressource : l'hystérectomie abdominale. Il faut bien en passer par là, malgré les dangers que présente encore cette opération.

Pour les *fibrômes de moyen volume*, remontant au plus jusqu'à l'ombilic, la question est délicate et la conduite chirurgicale encore hésitante. C'est ici qu'apparait la tendance toute moderne des chirurgiens à reculer devant les risques d'une ablation totale,

à tourner l'ennemi au lieu de l'aborder de front, à pratiquer, en un mot, l'ablation des ovaires pour créer la ménopause artificielle, supprimer douleurs et hémorrhagies, déterminer la rétraction progressive et l'atrophie de la masse fibreuse. Le fait est que ces utérus modérément développés, à fibrômes interstitiels uniques ou multiples, sont quelquefois d'un abord compliqué ; leur ablation comporte les mêmes hasards que celles des plus grosses tumeurs ; et si la femme est très affaiblie, épuisée par les douleurs et les pertes, on est bien aise d'avoir sous la main la ressource d'une opération plus simple et moins périlleuse. Or, les ovaires peuvent être en pareil cas faciles à extraire ; et l'expérience prouve que la castration donne le résultat qu'on lui demande, en supprimant les symptômes graves et en atrophiant la tumeur.

Mais les choses ne vont pas toujours si bien ; souvent les ovaires altérés, déplacés, englobés par des adhérences, se dérobent aux recherches ; l'opération est très ardue, aussi dangereuse qu'une hystérectomie, et quelquefois reste inachevée. Comment faut-il donc se conduire ? Entreprendre une laparotomie, qui sera tout d'abord exploratrice. Si la tumeur paraît disposée à sortir sans grands efforts, si la castration fait mine d'être laborieuse, enfin si la malade est vigoureuse, et capable de supporter l'opération radicale, on peut adopter l'hystérectomie. Mais dans d'autres conditions, et surtout si les ovaires sont bien accessibles, on sera tenté naturellement de faire la castration.

Restent les *petits fibrômes*, plus ou moins enclavés dans l'enceinte pelvienne. Ici, l'extirpation par la voie sus-pubienne est impossible ou trop périlleuse ; il n'y faut pas songer. La castration serait donc, *a priori*, formellement indiquée. Malheureusement, c'est alors que la recherche des ovaires est souvent le plus difficile ; or, une castration trop laborieuse, outre qu'elle peut rester en chemin, est tout aussi grave qu'une résection de l'utérus pratiquée dans de mauvaises conditions. Le chirurgien pourrait donc se trouver dans un grand embarras, en présence des symptômes qui commandent l'intervention — douleurs excessives, hémorrhagies profuses — s'il n'avait la ressource de la voie vaginale, sur les indications de laquelle je désire appeler votre attention.

Et d'abord, il n'y a pas lieu d'enlever l'utérus pour un fibrôme unique, ou réputé tel, inclus dans une des parois, et qu'on peut extraire par énucléation. Je pense qu'il faut pousser très loin

les indications de cette méthode, bien qu'il soit difficile de savoir si le fibrôme est unique et si d'autres ne lui succéderont pas. Mais il y a des utérus dont les parois contiennent plusieurs petites tumeurs, quelquefois en grand nombre ; ceux-là réclament une ablation totale. Même nécessité pour une tumeur non interstitielle, mais sous-péritonéale, saillante à la face postérieure, enclavée dans le petit bassin. En d'autres termes, l'hystérectomie vaginale est applicable — en présence des grands symptômes — au *fibrôme rétro-utérin* et à *l'utérus bourré de fibrômes*, lorsque les fibrômes sont tout entiers contenus dans la cavité pelvienne, ou peu développés au-dessus du pubis. Je ne nie pas qu'on puisse extraire, par le vagin, des utérus remontant à l'ombilic ; mais je nie qu'il faille préconiser des opérations qui durent trois et quatre heures, qui épuisent le chirurgien, les aides, et surtout la malade, qui sont imprudentes et inutiles, en présence des résultats fournis par la castration.

Il est, en outre, des cas où nous devons préférer l'hystérectomie parce que l'ablation des ovaires, si bien réussie qu'on la suppose, ne remplirait pas les indications.

Tel est le cas d'une femme que j'ai opérée il y a deux ans, qui avait plusieurs petites tumeurs sous-péritonéales, proéminant dans le cul-de-sac de Douglas. Cette femme avait des douleurs lombaires et sciatiques intolérables, et de plus une faiblesse extrême des jambes. L'hystérectomie vaginale l'a promptement rétablie. Aurais-je pu faire ici l'ablation des ovaires ? Je ne le crois pas. Il ne s'agissait pas de douleurs congestives ni de métrorrhagies ; les tumeurs comprimaient les plexus nerveux et provoquaient mécaniquement des douleurs incessantes et de la parésie musculaire. Or, je ne vois pas bien ce que m'aurait donné la suppression pure et simple des règles. Je n'aurais eu ni régression notable de ces tumeurs déjà si petites, et l'opération n'aurait eu, sans doute, aucune valeur.

Voici un autre fait, celui d'une femme de cinquante-sept ans, ayant des douleurs sourdes, un utérus penché en arrière.

Il est vrai qu'ici la malade a succombé, mais elle est morte, le sixième jour, du coma urémique. Toute opération abdominale aurait eu, sans doute, les mêmes conséquences.

Voici, enfin, un utérus que j'ai enlevé la semaine dernière.

Il a été enlevé sur une femme de quarante-cinq ans, qui depuis un an a des hémorrhagies abondantes.

Le 15 novembre 1886 je lui trouve dans le cul-de-sac postérieur une masse un peu volumineuse, médiocrement dure, indolente, que je considère comme le résultat d'une simple rétroversion pour laquelle je fais l'opération d'Alexander, le 14 décembre. Je revois la malade le 18 avril. Depuis l'opération, elle n'a pas eu de pertes ; mais les douleurs sont revenues et au toucher on constate que la rétroversion s'est reproduite. Il y a, de plus, un notable accroissement de volume ; il semble que le poids d'une tumeur ait entraîné l'utérus.

En présence de cette nouvelle situation, je me décide pour l'hystérectomie vaginale.

Cette opération a marché régulièrement. La malade est aujourd'hui en parfait état, la guérison est acquise. Vous voyez sur la pièce que j'aurais très bien pu faire l'énucléation. Seulement, à côté du fibrôme principal, gros comme une mandarine il y en a un autre beaucoup plus petit, caché dans la paroi, qui certainement eût passé inaperçu, et qui, plus tard, eût donné une récidive.

La conclusion, que je tire de ces trois observations c'est que, en présence des petits fibrômes pelviens, c'est un peu le tempérament et les habitudes du chirurgien qui lui dictent sa conduite, mais surtout une analyse clinique laborieuse, mettant en parallèle, dans chaque cas particulier, les difficultés présumées d'une castration, celles d'une extirpation vaginale, et enfin — le premier fait que je vous ai rapporté en est un exemple frappant — certaines conditions d'attitude et de siège des fibrômes qui peuvent être une contre-indication formelle de l'ablation des ovaires. Mais je tiens à le dire, en terminant, les mérites de celles-ci n'en sont nullement diminués.

M. Terrier. — J'ai fait sept fois la castration ovarienne dans les conditions suivantes :

Deux fois il s'agissait d'ablation de kystes ovariques se compliquant de fibrômes utérins hémorrhagiques.

Dans le premier cas, après avoir enlevé un ovaire malade, j'enlevai l'ovaire sain ; les hémorrhagies ont disparu ; mais la malade continue à éprouver de temps à autre des douleurs qui l'obligent à garder le lit.

Dans le second cas il s'agissait d'ovaires papillomateux. Il est problable que j'ai laissé quelques débris d'ovaire, car les règles ont persisté et les fibrômes n'ont pas diminué. Toutefois, il n'y eut plus de pertes.

Sur les cinq cas qui restent, deux fois l'opération de Battey a été faite dans des cas où les ovaires, les trompes, étaient le siége de lésions inflammatoires anciennes ; l'opération fut particulièrement laborieuse, puisqu'elle dura une heure trois quarts dans le premier cas, une heure et demie dans le second. Encore est-il que, dans ce dernier cas, je dus me contenter de faire des ligatures atrophiantes autour d'un ovaire que je dus renoncer à énucléer. Ces deux malades sont mortes.

Des trois opérations qui restent et qui ont toutes été suivies de succès, il en est une dans laquelle il s'est agi d'une hypertrophie totale énorme de l'utérus, les deux autres sont relatives à des fibrômes.

Dans le premier de ces deux cas, l'ablation totale des deux ovaires et des deux trompes fut des plus simples ; elle dura trente-deux minutes. Les hémorrhagies ont cessé et le fibrôme a diminué de volume.

La seconde fut également assez simple ; malgré la tendance incessante des intestins à sortir du ventre, l'opération dura trente minutes. La malade est guérie de ses hémorrhagies.

L'opération de Battey faite pour une hypertrophie utérine, un utérus gigantesque, dura vingt-cinq minutes. Les deux trompes et les deux ovaires furent enlevés sans aucune perte de sang. La malade guérit après ouverture d'un abcès développé au cinquantième jour de l'opération, au niveau de l'une des trompes enlevées.

L'apparition tardive de cet abcès peut être attribuée à l'inoculation de la ligature faite sur la trompe par la cavité de celle-ci dilatée et purulente. Depuis longtemps, en effet, la malade avait des pertes résultant de l'inflammation chronique de la muqueuse utérine évidemment infectée.

Malgré cet accident, la malade a guéri et les hémorrhagies qui avaient nécessité l'opération sont arrêtées.

La désunion des lèvres de la plaie, dont a parlé M. Segond à la dernière séance, m'est arrivée, non pas une, mais deux fois.

Dans un cas, les fils avaient été enlevés au sixième jour et c'est le septième que la plaie se désunit. Dans l'autre, les sutures profondes avaient été enlevées le sixième jour, les sutures superficielles le dixième. Or ce fut le onzième que la plaie se désunit. Dans ces deux cas, le fond de la plaie était occupé par l'épiploon ; on sutura à nouveau et les malades guérirent.

Cet accident peut être attribué à deux causes : l'une mécanique, la persistance de la tumeur qui distend la paroi ; l'autre d'ordre organique, l'abondance des pertes de sang qui rend peut-être la réparation des tissus moins facile.

L'application de deux plans de suture, l'un profond, l'autre superficiel, et la prolongation de la durée pendant laquelle on laissera en place les sutures, surtout les superficielles, pourront faire éviter cet accident qui pourrait être fort grave. J'ajouterai que le pansement antiseptique, placé sur l'abdomen, diminue singulièrement la gravité de cet accident.

M. Pozzi. — La castration, dans un but hémostatique, n'est pas l'opération de Battey, c'est l'opération de Hégar et de Trenholm.

L'opération de Battey est une opération antinévropathique.

L'opération de Lawson Tait a été faite dans les cas de lésions métritiques ou de salpyngite. On pourrait l'appeler castration antiphlogistique.

M. Schwartz présente un sein qui a été enlevé à une femme qui portait, depuis sept à huit mois, une petite tumeur qui avait les caractères d'un adénome et autour de laquelle s'était développé, dans ces derniers temps, un sarcome fuso-cellulaire. Tout autour du sarcome était une série de petits kystes comparables à ceux qu'on a décrits dans la maladie kystique.

REVUE DE LA PRESSE

—

FAUT-IL OPÉRER LE CANCER DU SEIN ?

Le Dr Lemaistre soutient, devant la Société de médecine de Limoges, que la *longévité des femmes à cancer du sein non opéré, est plus grande que chez celles à qui on l'a enlevé.*

« Vous voyez que je me limite, je ne m'occupe plus des dégénérescences squirrheuses des différentes parties du corps en général,

mais seulement de celles du sein en particulier, et cela parce que j'admets que dans un certain nombre de circonstances, le médecin est obligé d'opérer ; par exemple : 1° lorsque la dégénérescence occupe un organe important et que la vie est menacée à bref délai ; 2° lorsqu'il est trop en vue.

La mamelle n'étant point un organe essentiel à la vie et se trouvant toujours cachée par les vêtements ne devrait être enlevée qu'autant que la malade demanderait absolument une opération, qui, si on ne la faisait pas, nuirait peut-être à sa santé. Je ne suis pas le seul qui ai partagé une telle opinion. *Boyer*, préoccupé des nombreuses récidives qu'il avait observées, dit qu'on ne doit jamais entreprendre l'extirpation d'une tumeur reconnue ponr un véritable cancer. Il pense avec *Monro* que, dans une série de cas, ce n'est que la sollicitation pressante des malades qui détermine le chirurgien, etc...

Il y a un an, sans être chirurgien le moins du monde, je me suis laissé forcer la main et j'ai enlevé une tumeur du sein. Le résultat a été splendide, la cicatrice superbe. Il y a deux mois, l'on m'apprenait que mon opérée avait été prise d'étouffements et avait succombé ; *poussée* probable sur les organes de la respiration.

Ne peut-on pas accepter, dans ces cas, que le cancer, pendant qu'il ronge un sein, agirait là comme un émonctoire qui, si on le supprime, se porte ailleurs par métastase, ou s'il est même déjà généralisé ferait comme une espèce de révulsion qu'il serait dangereux de faire disparaître ?

J'ai perdu, par contre, ces temps derniers, une dame de soixante-seize ans, qui portait depuis vingt ans une tumeur au sein qu'elle n'avait jamais voulu laisser opérer ; je lui ai donné mes soins pendant cinq ans pour une vaste plaie à la poitrine, suite de son cancer ulcéré qui ne l'empêchait pas de voyager, d'être gaie et spirituelle et d'aller dans le monde. Elle faisait le bonheur de sa famille et portait très allègrement son mal. Vingt ans dans l'existence d'une femme, c'est bien quelque chose ; quel bien ne peut-elle pas faire ? Elle était convaincue qu'elle serait morte depuis longtemps si on l'avait opérée, et je suis parfaitement de son avis.

Je m'en tiendrai là de cette communication. Je n'entends pas faire la revue de tous les praticiens, et ils sont nombreux, qui croyaient que le vrai cancer repousse toujours. Je resterai persuadé qu'il y a toujours le plus grand danger à enlever le cancer de la mamelle, parce qu'on court le plus souvent la triste chance d'activer le mal ou de le

pousser à des manifestations ailleurs, sur des organes plus essentiels à la vie.

Je fais des vœux pour que la médecine moderne, avec les grands moyens d'investigation qu'elle possède aujourd'hui, puisse bientôt nous faire reconnaître quelles sont les tumeurs susceptibles de récidives, afin que l'on n'y touche jamais.

(*Arch. de Thérapeutique*, 15 septembre 1885.)

Menstruation par la cicatrice du pédicule d'une ovariotomie.

Dans une des dernières séances de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Kharkow, M. le prof. Rein présenta une malade chez laquelle on peut observer des phénomènes menstruels très curieux. Cette femme avait subi, il y a trois ans, l'extirpation de l'ovaire droit atteint de dégénérescence kystique. La tumeur pesait 37 livres. Son pédicule fut fixé dans la plaie par la suture extra-péritonéale. La malade se rétablit rapidement après l'opération. A chaque période menstruelle un suintement de sang se produit chez elle par la cicatrice.

A l'endroit de la plaie opératoire se trouve une sorte d'eschare ou de croûte qui tombe chaque fois avant l'apparition des menstrues pour laisser suinter du sang qui présente toutes les apparences et même l'odeur caractéristique du sang des règles. Cette hémorrhagie précède habituellement l'écoulement menstruel par le vagin.

Comment expliquer le phénomène ? Une portion de la trompe de Fallope ou de l'utérus sont-elles comprises dans le pédicule suturé ? Il serait difficile de résoudre cette question actuellement. Mais comme la malade doit subir bientôt une deuxième ovariotomie, on peut espérer que cette seconde opération permettra de se rendre compte des causes du phénomène dont il s'agit.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Sonde à injections intra-utérines

Du docteur Ad. Olivier, ancien interne de la Maternité.

Cette nouvelle sonde à injections intra-utérines, construite par MM. Gudendag frères, n'est point une sonde à double courant. Ainsi

qu'on peut le voir en examinant la figure, le reflux du liquide est assuré au moyen de quatre cannelures qui partent des yeux de la sonde et se terminent à l'union du tiers moyen et du dernier tiers. On se rendra compte de la disposition et de la profondeur de ces cannelures sur la coupe placée au-dessus de la figure d'ensemble. Avec cette disposition on est sûr que si un caillot vient à boucher une ou deux des cannelures, l'écoulement se fera par les autres.

La plupart des sondes en usage aujourd'hui présentent un vice capital, on ne peut les nettoyer et on ne peut acquérir la certitude qu'elles sont absolument aseptiques, et cela parce que leur extrémité est fermée et que les yeux sont placés à un ou deux centimètres de cette extrémité. Il existe donc en ce point un cul-de-sac dans lequel des éléments septiques peuvent se loger. La nouvelle sonde fait disparaitre ce grave inconvénient ; elle est en effet coupée au delà des yeux. L'extrémité qui est pleine est reliée au corps de la sonde au moyen d'un pas de vis. La surface extérieure de cette extrémité est arrondie, hémisphérique, la surface qui regarde l'intérieur de la sonde est plane ; de la sorte aucun élément septique ne peut s'y loger. L'extrémité se dévissant, on peut laver le canal de la sonde à grande eau, le brosser même avec un balai de crin s'il était nécessaire.

Il est quelquefois difficile de faire pénétrer dans l'utérus les sondes qui ne présentent qu'une courbure ; celle-ci en possède deux, elle a été construite sur le modèle des sondes de Sims et de Bozemann. L'introduction en est extrêmement facile. Enfin à l'origine se trouve un robinet qui permet de modérer à volonté et d'arrêter l'écoulement du liquide.

Cete sonde a été construite en métal nickelé et en caoutchouc durci. Les sondes métalliques ne permettant pas l'emploi des solutions de sel de mercure aujourd'hui d'un usage général en obstétrique, sous peine de destruction rapide, force nous a été de chercher une substance inattaquable par ces sels, c'est le caoutchouc durci que nous avons choisi. Cette substance permet de construire des sondes qui ont la solidité nécessaire en même temps qu'une certaine souplesse. Si

on plonge la sonde dans l'eau bouillante on peut en modifier à volonté les courbures. Enfin, on peut sans inconvénient laisser l'instrument d'une façon permanente dans une solution de sublimé, ce qui en assure l'asepsie absolue.

En résumé, notre sonde présente les avantages suivants : elle est d'un nettoyage facile : elle assure le reflux du liquide et elle permet l'emploi des solutions antiseptiques quelles qu'elles soient.

NOUVELLES

CIRCULAIRE RELATIVE AUX ASPIRANTES AU DIPLÔME DE SAGE-FEMME DE 1re CLASSE, POURVUES DU CERTIFICAT D'ÉTUDES PRIMAIRES.

Messieurs les Recteurs viennent de recevoir la circulaire ci-dessous du Ministre de l'Instruction publique :

« J'ai été interrogé sur la question de savoir si le certificat d'études primaires établi par l'arrêté du 16 juin 1880, pouvait dispenser les aspirantes au titre de sage-femme de première classe, de l'examen préparatoire institué par l'arrêté du 1er août 1879. Je n'hésite pas à me prononcer dans le sens de l'affirmative. Il résulte, en effet, de la comparaison du programme de ces deux examens que la possession du certificat d'études suppose des connaissances supérieures à celles dont les élèves sages-femmes doivent faire preuve à l'examen préparatoire et j'ai décidé qu'à l'avenir cet examen ne serait pas exigé des aspirantes qui posséderont le certificat d'études primaires établi par l'arrêté du 16 juin 1880. Vous voudrez bien porter cette décision à la connaissance de MM. les Doyens et Directeurs de votre ressort académique et vous assurer que les intéressées en sont informées. »

ÉCOLE D'INFIRMIÈRES AU CAIRE.

Le *British medical Journal* du 14 avril nous annonce la création d'une école d'infirmières annexée à l'hôpital Egyptien Kaser-el-ain, sous la direction d'infirmières laïques anglaises.

La seconde session triennale du *Congrès international d'hydrologie et de climatologie* se tiendra à Paris en 1889, au commencement du mois d'octobre. La date précise de la réunion sera ultérieurement fixée.

En exécution de l'article 3 des statuts, le bureau du Congrès de Biarritz a transmis à un nouveau Comité le soin d'organiser le Congrès de Paris.

Les *communications* ou *demandes de renseignements* doivent être adressées au *Secrétaire général*, M. le Dr de Ranse, à Paris, 53, avenue Montaigne, du 1er octobre au 1er juin ; à Néris (Allier), du 1er juin au 1er octobre.

—

JUMEAUX.

Le docteur Sirois, des Trois-Rivières (Massachusetts), cite le cas d'une femme, qui à la onzième semaine d'une grossesse double, ayant fait une violente chute, fut délivrée d'un fœtus quelques jours après, puis, à terme, donna naissance a un enfant bien portant.

(*The Physician and Surgeon.*)

—

SUISSE.

L'Université de Zurich s'est occupée, ce dernier temps, de la question de l'admission des femmes à l'enseignement universitaire. Cette question a été résolue dans le sens négatif.

(*Bull. méd.*)

—

ALLEMAGNE.

D'après les données statistiques officielles, 23,975 enfants seraient morts de coqueluche et de ses complications pendant l'année 1883 en Autriche-Hongrie. Le professeur Hagenbach évalue à environ 25,000 le nombre des enfants qui, chaque année, sont atteints de coqueluche en Allemagne.

Si maintenant on admet, avec le professeur Kiermer, une mortalité moyenne de 7,6 % pour la coqueluche, on peut en conclure qu'il meurt de cette maladie environ 19,000 enfants par an en Allemagne.

(*Bull. méd.*)

VARIÉTÉS

—

INSTRUMENTS DE GYNÉCOLOGIE TROUVÉS A POMPÉI.

D'un article du Dr Greletty (de Vichy) sur ce sujet, nous extrayons les passages suivants :

Plusieurs spéculums trivalves ont été trouvés et sont construits à

peu près sur le même type : les trois valves, formant angle droit avec le reste de l'instrument, sont solidaires les unes des autres dans l'écartement qu'on imprime à l'une d'elles seulement. Lorsque l'instrument est fermé, c'est-à-dire quand les trois valves sont appliquées l'une contre l'autre, il est un peu plus gros qu'un pouce ordinaire. Il suffit de tourner une vis pour attirer une valve ; celle-ci, en s'écartant, oblige les deux autres à se reporter de côté. On obtient ainsi une dilatation lente, régulière, progressive et très étendue, selon le désir de l'opérateur. A droite et à gauche de la vis sont deux petites tiges articulées, au moyen desquelles le médecin tenait l'instrument de la main gauche, tandis qu'il tournait la vis dilatatrice de la main droite. La longueur est de 0^m23 et le plus grand écartement des trois valves est de 0^m09.

Dans le spéculum quadrivalve trouvé en 1882, dans la maison dite du chirurgien, à Pompéi, en tournant la vis on peut attirer les deux valves inférieures, tandis que les deux autres sont obligées de se dilater sur les côtés. Sa hauteur est de 0^m315.

Sous le n° 78,029 se trouve catalogué un instrument formé de deux branches entre-croisées, s'articulant à pivot fixe, et auquel on a donné le nom de pince-forceps, du latin *fortiter capere*, saisir solidement.

Chaque branche se compose de deux parties : un manche et une cuillère. Les manches sont quadrillés pour les rendre moins glissants entre les mains de l'opérateur ; ils sont longs, relativement aux cuillères, ce qui d'après la théorie du livre, leur donne une grande puissance. Les cuillères exactement appliquées l'une contre l'autre, sont courbées sur les côtés pour permettre au chirurgien de mieux suivre de l'œil son opération. Leurs extrémités offrent des rainures sur les surfaces contiguës ; ces rainures s'encastrent exactement les unes dans les autres, elles permettent une prise solide et empêchent l'instrument de lâcher les objets qu'il enserre, lorsqu'on développe une certaine force pendant l'opération. Cet instrument était destiné à arracher les esquilles, les séquestres ; peut-être servait-il de cranioclaste dans les accouchements laborieux. Dans tous les cas, il n'a aucun rapport avec l'instrument employé de nos jours sous le nom de forceps. Longueur, 0^m21.

Je n'entrerai pas dans la description nécessairement un peu aride des autres instruments qu'il m'a été donné de voir ; mais j'ai été frappé de ce fait que le plus grand nombre avait trait aux maladies

de la matrice ou de la vessie. On peut estimer, sans témérité et sans crainte de calomnier la postérité, que le traitement des organes génito-urinaires devait occuper une large place dans les cures entreprises par les médecins de l'époque.

—

UN CAS DE FÉCONDITÉ EXTRAORDINAIRE.

Un événement inouï dans les annales de l'anthropologie s'est produit à Castagnola, dans le Tessin.

Mme Rezzonico, femme du syndic de cette localité, a mis au monde six enfants, quatre garçons et deux filles. Ces petits êtres sont nés vivants, mais ils n'ont pas tardé à expirer.

La mère, qui a trente-huit ans, a eu déjà plusieurs enfantements composés et les enfants vivent encore.

Plusieurs médecins de Milan, de Côme et d'autres villes, sont accourus sur place et n'ont pu que constater la parfaite exactitude de l'information.

—

VOMISSEMENTS PAR SYMPATHIE.

M. Hamill entretenait dernièrement ses collègues de la Société obstétricale de Philadelphie, du fait suivant. Un mari était atteint de vomissements incoercibles pendant la grossesse de sa femme. Ceux-ci débutèrent quinze jours après la cessation des règles, et aux grossesses précédentes leur apparition avait coïncidé avec l'époque où la conception devenait certaine.

Cette sympathie conjugale, d'après le *N.-Y. Med. Record* ne surprend pas M. Hamill ; il en a vu, dit-il, d'autres exemples dans lesquels les maris étaient atteints de vomissements incoercibles, dès le jour où la grossesse de leur femme était déclarée ! Voilà, certes, une manifestation suggestive dont les fameux tubes de M. Luys ne donnent pas la raison ! Heureusement que tout se borne à cet accident et que la suggestion ne va pas, même en Amérique, jusqu'à la grossesse maritale ! !

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **L'art de prendre les eaux**, par le Dr Champouillon. Paris, Boullay, 1888.

II. **Du silence imposé pendant les repas dans les pensionnats**, par le Dr Grellety. Mâcon, 1888.

III. **Du chloroforme et de son administration**, par le D[r] Paul Boncourt. Paris, Delahaye, 1888.

IV. **The gout and its various manifestations, their treatment at the mineral springs of Royat**, by C. A. Petit, **With an interesting notice of the new french watering places of Auvergne**, by F. R. Cruise. London Churchil, 1888.

V. **La tension artérielle dans les maladies et les indications thérapeutiques**, par H. Huchard, Paris. O. Doin. 1888.

VI. **Du drainage de la cavité utérine, en cas d'abcès pelviens**, par le docteur A. Walton. Gand, imprimerie Eug. Vanderhaegen. 1888.

VII. **Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite**, son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus, par le docteur Walton, à Bruxelles. Mémoire présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique, le 30 juillet 1887. (Extrait des Mémoires, tome VIII, 5e fascicule.)

VIII. **Six cas de périnéorrhaphie** opérés par le procédé de Lawson Tait, par le docteur F. Fraipont, assistant à l'Université de Liège. Liège, imprimerie H. Vaillant-Carmanne. 1888.

IX. La santé pour tous.

L'attention et la curiosité des gens du monde se portent de plus en plus vers tout ce qui concerne les moyens de prévenir ou de guérir les maladies : c'est à ce public soucieux de sa santé et désireux de connaître les plus récents progrès réalisés par l'hygiène, la médecine et la chirurgie, que s'adresse le **Dictionnaire de la Santé**, *illustré de* 600 *figures intercalées dans le texte, comprenant la médecine usuelle, l'hygiène journalière, la pharmacie domestique et les applications des nouvelles conquêtes de la science à l'art de guérir*, par le D[r] Paul Bonami, médecin en chef de l'hospice de la Bienfaisance.

Le **Dictionnaire de la Santé** se publie en 30 séries à 50 centimes, paraissant tous les jeudis.

L'ouvrage complet formera un volume grand in-8 jésus à deux colonnes de 900 pages, illustré de nombreuses figures, choisies avec discernement, d'une exécution parfaite, et semées avec profusion dans le texte, dont elles facilitent l'intelligence et à la clarté duquel elles ajoutent d'une façon très agréable pour les yeux.

On peut souscrire à l'ouvrage complet, qui sera envoyé franco chaque semaine, en adressant aux éditeurs, MM. J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, un mandat postal de quinze francs.

Toutes les sciences médicales ont trouvé place dans le **Dictionnaire de la Santé**, parce qu'elles forment un ensemble dont toutes les parties s'éclairent et se complètent mutuellement ; mais, tout en restant exact dans le fond, l'auteur s'est attaché à exclure de son langage ces termes à mine rébarbative qui effrayent les profanes.

Ce livre sera le guide de la famille, le compagnon du foyer, que chacun, bien portant ou malade, consultera dans les bons comme dans les mauvais jours.

X. **Où doit-on envoyer les scrofuleux pendant la belle saison**, par le D[r] Ch. Borel. Paris. Bureaux de la *Rev. gén. de clin. et de thérap.*)

XI. **Bulletin de la Société de médecine de Paris**. 3e série 1887. Paris, Alexis Lévy, 1888.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

155. — Traitement de la rétention d'urine chez les accouchées. — Tous les praticiens ont observé la fréquence de cette complication qui ne présente du reste aucune gravité, puisqu'il suffit de pratiquer le cathétérisme pendant quelques jours pour y remédier.

Mais l'usage de la sonde est loin d'être inoffensif ; il peut, malgré toutes les précautions antiseptiques, produire l'infection de la vessie. De l'avis de tous, le catarrhe de la vessie, et la cystite qu'on observe si souvent à la suite des couches sont la conséquence du cathétérisme.

Schultze et Freund viennent d'appeler l'attention sur ce sujet. Ils pensent que la rétention d'urine n'est pas due à l'accouchement, mais simplement à ce fait que la parturiente n'a pas appris à uriner dans le décubitus dorsal. D'après ces auteurs, il faut habituer la femme à uriner dans la position du décubitus dorsal pendant les quelques semaines ou même les quelques jours qui précèdent l'accouchement. On évitera ainsi la rétention d'urine chez les nouvelles accouchées.

Depuis que j'ai eu connaissance de l'observation de Freund, j'habitue les femmes à uriner dans la position dorsale et je n'ai pas observé depuis un seul cas de rétention d'urine.

(*Journal de méd. de Paris.*)

156. — Traitement de l'hémorrhagie utérine par rétention du placenta. — Lorsque l'hémorrhagie résulte de ce que le placenta ne se détache pas, on coupe le cordon, on en exprime le sang, on introduit la canule d'une grosse seringue dans la veine ombilicale, on lie la veine sur la canule et on injecte lentement de l'eau froide, qui, arrivant sur le siège d'insertion du placenta, provoque les contractions de la matrice. Mais le moyen le plus efficace est le seigle ergoté, récemment pulvérisé, qu'on administre à la dose de 1

à 2 et même 3 et 4 grammes, sous forme de prises de 0 gr. 50 centigrammes. On les prescrit de dix en dix minutes, dans un peu de café noir, d'eau sucrée aromatisée avec du sirop d'éther, ou dans de l'eau de Seltz glacée, afin de prévenir les vomissements. On peut aussi pratiquer une injection sous-cutanée d'ergotine. Si on ne réussit point, à l'aide de ces moyens, à provoquer l'expulsion spontanée du placenta, on introduit la main dans l'utérus pour l'en extraire. Dans le cas où quelques portions du placenta séjourneraient dans la matrice et détermineraient une hémorrhagie, on la combattrait immédiatement par une injection à base de perchlorure de fer ou de teinture d'iode. S'ils entraient en putréfaction, on pratiquerait des injections détersives avec le coaltar saponiné, le phénol ou le permanganate de potasse étendus d'eau. (COURTY.)

157. — Injections sous-cutanées de curare dans la chorée. — Un garçon, âgé de 15 ans, fut admis le 29 février 1879, dans le service du Dr Fulton, à l'hôpital de Melbourne, pour une chorée généralisée et très grave. Antispasmodiques et surtout sulfate de zinc à doses graduées (10 centigrammes, avec augmentation journalière jusqu'à 80 centigrammes). Pas de résultat. A son entrée, les mouvements étaient incessants, plus forts pendant le décubitus dorsal ; il ne pouvait dormir que deux heures par nuit. Dérivation sur la colonne vertébrale avec la pommade épispastique suivie d'un peu d'amélioration.

Le lendemain, on songe à recourir aux injections sous-cutanées de curare.

On injecte d'abord une quantité de solution contenant 3/10e de milligramme de substance active, puis on augmente tous les jours de la même quantité. Le lendemain, les convulsions des muscles de la face avaient diminué et le malade pouvait tirer la langue. Au bout de quelques jours l'articulation des mots devint possible. A ce moment, la quantité de curare injectée tous les jours était de 1 milligramme. On éleva peu à peu la dose jusqu'à 2 milligrammes et demi ; la guérison fut complète en six semaines. On n'a pas constaté le moindre accident pendant tout ce traitement. (*Australian medical Journal* et *Paris médical.*)

***

158. — Du nitrate de pilocarpine contre l'éclampsie. — Le Dr Bidder, de Vienne, croit que l'éclampsie résulte d'une ischémie cérébrale par suite de crampe vaso-motrice arrêtant brusquement la circulation cérébrale. Tout ce qui fait cesser le spasme vasculaire, saignées, narcotiques, accouchement rapide, est bon en pareil cas, et la *pilocarpine* qui abaisse la tension artérielle doit être excellente.

Dans deux cas d'éclampsie précédant ou suivant l'accouchement, il a pratiqué avec succès une ou deux injections de *nitrate de pilocarpine* ayant chacune 2 centigrammes. En même temps il avait donné des lavements de chloral à 4 grammes, ce qui aurait bien pu guérir l'éclampsie sans recourir à la pilocarpine.

Quant à la théorie de l'éclampsie par ischémie cérébrale, elle est loin d'être démontrée. Je crois plutôt que c'est une hypérhémie cérébrale et l'examen ophthalmoscopique montre une telle réplétion des veines rétiniennes qu'il faut en conclure à une stase sanguine du cerveau.

159. — Poudre contre l'hémorrhagie utérine. — On introduit dans le vagin de petits tampons d'ouate ou de gaze, saupoudrés d'iodoforme associé à des poudres inertes. — Grâce aux propriétés antiseptiques de l'iodoforme, ces tampons peuvent être maintenus en place pendant 48 heures sans inconvénient.

160. — L'Euphorbia hétérodoxa, comme caustique contre le cancer utérin, par James Barnsfather. (*New York med. Rec.*) — A l'instar des autres plantes de la famille des euphorbiacées, ce végétal laisse suinter un suc laiteux auquel les habitants de la vallée des Amazones donnent le nom d'*Alvelos*. Ils l'emploient vulgairement pour escharifier les plaies de mauvaise nature.

M. Barnsfather, à l'exemple d'autres de ses compatriotes, propose d'attaquer les tumeurs cancéreuses du col utérin au moyen de tampons imprégnés de ce suc et préalablement rendus aseptiques. Ces applications auraient pour effet de désagréger la surface de la tumeur cancéreuse et de tarir les écoulements suspects. Par contre, il attribue à cette substance des propriétés toxiques et surtout une action irritante sur le parenchyme rénal, inconvénients qui doivent en faire proscrire l'usage interne.

***

161. — Traitement simple de la fissure à l'anus chez la femme. (Créquy.) — Après avoir ordonné à la malade d'aller tous les matins à la garde-robe, fût-ce à l'aide d'un lavement, le chirurgien introduit lui-même entre les lèvres de la fissure une très petite mèche de charpie (une vingtaine de brins) trempée de chloral au cinquième. Cette mèche est rejetée spontanément le lendemain à la première selle, et remplacée ensuite par le même pansement.

(*Revue Obst. et Gyn.*)

***

162. — Des antiseptiques dans le travail. — Le Dr Walter R. Chase, de Brooklin, dit que les injections vaginales faites pendant le cours du travail sont dangereuses, parce qu'elles enlèvent le mucus qui revêt les parois vaginales, retardent par là le travail et exposent aux déchirures du col. Après le travail, l'injection n'est pas nécessaire et peut inutilement irriter la malade et même pénétrer dans l'utérus et la cavité péritonéale. La pyoémie et la septicémie se voient quelquefois quand on n'a pas fait usage d'injections, mais rien ne prouve qu'elles proviennent de cette abstention. Les cas dans lesquels les antiseptiques doivent être employés sont bien établis. La femme enceinte doit éviter les maladies contagieuses. Si elle y est exposée, elle doit changer immédiatement d'habits et prendre un bain antiseptique. Le médecin doit prendre les mêmes précautions. Les instruments doivent être trempés dans une solution antiseptique. Les injections antiseptiques ne devraient pas être employées dans ce travail normal jusqu'à sa terminaison. Leur usage doit être indiqué lors de cas compliqués, macération de fœtus, etc. De même quand il y a rétention du placenta, déchirures du col ou du périnée. (*New-York State medical Society*, in *Medical News*, 6 février 1887, et *Revue obst. et gyn.*).

***

163. — Thérapeutique du prurit vulvaire. — *Quand le prurit dépend d'une maladie de la vessie, de végétations ou polypes de l'urèthre*, il faut enlever les polypes ou les végétations et pour la cystite donner 2 à 4 capsules d'essence de térébenthine ou d'essence de santal — de l'élatine trois cuillerées par jour — de l'eau et du sirop de goudron ; du sirop de sève de pin maritime.

Si le prurit dépend d'une maladie de la vulve, du vagin ou de l'utérus. Bains de sublimé à 10 grammes. Bains de carbonate de soude, 300 grammes, pendant une heure. Lotions avec la décoction de feuilles de laurier cerise, avec un litre d'eau et 10 grammes de laudanum, avec l'eau phéniquée au 100e et la solution de coaltar saponiné au 30e.

Si le prurit dépend du diabète et des microphytes qui se trouvent autour de l'urèthre. Régime spécial des diabétiques. Bains avec le carbonate de soude, 500 grammes.

Quand le prurit dépend de la grossesse :

Solution de sublimé....................	30 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	10 grammes.
Eau distillée..........................	1 litre.

Si le prurit dépend des oxyures vermiculaires qui passent de l'anus à la vulve.

Mèche d'onguent mercuriel dans l'anus. Suppositoires avec 2 grammes d'onguent mercuriel. Lavement d'eau 100 grammes, glycérine 50 grammes, créosote 5 gouttes. Lavements de glycérine phéniquée au 2000e. Lavements de décoction de suie.

164. — Injections intra-utérines : 1° de perchlorure de fer contre des métrorrhagies rebelles ; 2° d'alcool phéniqué dans un cas de rétention placentaire. Bons résultats dans les deux cas. — Le Dr Dopen Marin rapporte les observations suivantes :

Mme X..., 23 ans, réglée à 13 ans. Première grossesse à 18 ans, régulière et terminée par un accouchement facile. Depuis lors, métrorrhagies répétées, dont une périlleuse. Le lendemain, examen par le toucher, le spéculum et la sonde utérine. Celle-ci pénètre jusqu'à 7 centimètres ; on ne trouve que de la métrite catarrhale. Le lendemain, injection intra-utérine d'eau simple d'abord, pour enlever les mucosités du col ; puis de 1 centimètre cube de perchlorure de fer. Légers phénomènes inflammatoires qui disparaissent en quarante-huit heures ; une seconde injection fut suivie seulement de sensation de pesanteur et de chaleur, quoiqu'on eût augmenté la dose de l'injection. La troisième n'amena aucun accident ; depuis ce moment, les hémorrhagies cessèrent et la menstruation suivante ne fut

pas plus abondante qu'à l'état normal. Depuis ce moment, les phénomènes qui avaient nécessité le traitement ne se sont pas reproduits.

La seconde observation a pour sujet une femme de 30 ans qui, à la suite d'un accouchement laborieux, eut une rétention du placenta qui dura trente heures. On ne put pendant ce temps en extraire que des fragments. L'état général devenait mauvais ; il y avait un écoulement fétide et irritant. Injection intra-utérine de la solution suivante :

Acide phénique........................	2	grammes.
Alcool....................................	1	—
Eau.......................................	200	—

Traitement général tonique. Les injections antiseptiques furent faites cinq jours de suite sans accidents. La guérison fut complète au bout de ce temps. (*La Prensa medica de Granada* et *Revista de medicina y Cirurgia practias*, n° 85, p. 35.)

165. — Du bromure de potassium contre les vomissements de la grossesse, par le professeur N. Friedreich, à Heidelberg. — Cette courte note a été communiquée à la réunion des névrologistes et médecins aliénistes du sud de l'Allemagne, à Heidelberg.

Il s'agit de quatre femmes qui en étaient à leur première grossesse, chez lesquelles les vomissements, se reproduisant après chaque essai d'alimentation, avaient amené un haut degré d'affaissement des forces, lequel devait inspirer de graves inquiétudes. Trois d'entre elles appartenaient à la clientèle du professeur Friedreich. La quatrième fut vue par lui en consultation.

Après l'insuccès bien constaté de diverses médications, toutes quatre virent cesser leurs vomissements dès les premières cuillerées de bromure de potassium, prescrit à la dose de 10 grammes pour 150 d'eau, potion dont l'auteur fait prendre trois fois par jour une cuillerée à bouche. A partir de ce moment, ces quatre femmes retrouvèrent rapidement et complètement leur santé. Aussi l'auteur pense-t-il que, quelque sceptique qu'on puisse être à l'endroit de la thérapeutique, on devra reconnaître dans cet effet du bromure de potassium, une action spécifique, autant du moins qu'il est permis d'employer en médecine une telle expression.

***

166. — Traitement des métrorrhagies. — Compression de l'aorte. — Injections sous-cutanées d'ergotine. — Dilatation du col avec l'éponge préparée. — Le Dr Calderin a guéri par la compression de l'aorte une métrorrhagie consécutive à un avortement. Voici le résumé de l'observation qu'il a lue à la Société gynécologique espagnole :

La malade avait eu dans une grossesse antérieure un décollement partiel du placenta au sixième mois. L'année suivante, nouvelle grossesse terminée par un avortement au troisième mois, suivi d'une métrorrhagie grave. On employa divers moyens, entre autres le tamponnement. Après l'enlèvement du tampon survient un hémorrhagie foudroyante : le pouls devient faible et presque imperceptible ; elle eut une syncope et des lipothymies. Dans ces conditions, le Dr Calderin se décide à pratiquer la compression de l'aorte ; elle produisit en très peu de temps un résultat excellent et on put extraire le placenta par traction. L'auteur considère la compression de l'aorte comme un moyen héroïque dans les métrorrhagies.

Le Dr Rubi a eu recours avec avantage aux injections hypodermiques d'ergotine dans une circonstance un peu analogue. Une femme de 35 ans, multipare, était traitée depuis longtemps pour une ulcération du col. Réglée dès le premier mois de son allaitement, elle eut, pendant les huit mois qui suivirent, des métrorrhagies répétées qui amenèrent un état d'anémie extrême. Injections d'ergotine (5 centigr.) à la partie interne de la jambe. Accidents d'ergotisme aigu dans les vingt-quatre heures qui suivirent, mais les métrorrhagies furent définitivement arrêtées.

Le Dr Palido eut également affaire à une hémorrhagie abondante pendant la convalescence d'une fièvre continue (gastrico-nerveuse ?). Il employa divers moyens, y compris l'ergotine et cela sans résultat. C'est alors qu'il se décida à recourir à l'éponge préparée, imbibée de perchlorure de fer. Il croit que la dilatation du col est un moyen thérapeutique, excellent dans toutes les variétés de métrorrhagies.

Le Dr Calderin préfère la compression de l'aorte dans les métrorrhagies foudroyantes, puisqu'il a pu obtenir un effet salutaire en moins de douze minutes et sauver sa malade d'une mort certaine. Rubi admet que les moyens de traitement préconisés par les gynécologistes sont basés sur la nature et la pathogénie des diverses métrorrhagies ;

que l'éponge préparée, dont l'emploi est douloureux et suivi souvent de métrite, répond à des indications exceptionnelles.

Le Dr Castillo, de Pineyro, se servit pendant onze mois de suite de l'éponge préparée chez une femme ayant fréquemment des métrorrhagies inquiétantes ; la dernière fois, son extraction fut même difficile, on entraîna en même temps que le tampon des lambeaux de muqueuse utérine et des œufs de Naboth ; mais l'hémorrhagie cessa et ne reparut plus. Il est probable qu'elle était déterminée ou entretenue par les excroissances polypoïdes enlevées avec l'éponge. Dans un autre cas, le même médecin employa avec avantage la compression de l'aorte. Il s'agissait d'une femme récemment accouchée et non délivrée ; la compression de l'aorte permit d'extraire le placenta au bout de trois heures. On donna en outre l'ergot de seigle contre l'inertie utérine consistante. (*Rev. de méd. et chir. prat.*)

167. — De l'emploi de la bande d'Esmarch dans les grandes hémorrhagies puerpérales. — M. Prouff remarque que la mort produite par des pertes soudaines pourrait être souvent évitée, si les organes centraux étaient mis en état de continuer leurs fonctions par l'apport d'une quantité, même très faible, de liquide sanguin. C'est ce que l'on se propose de faire avec la transfusion. L'application d'une bande élastique sur un ou plusieurs membres ne serait-elle pas beaucoup plus simple, plus innocente et plus efficace ? La compression élastique exercée sur les membres refoule le sang de ces derniers dans le reste de l'appareil circulatoire. La quantité du sang ainsi restituée aux viscères est relativement considérable, et équivaudrait sans doute, en comprimant les quatre membres, à celle de cinq ou six transfusions.

L auteur rapporte un fait clinique où l'efficacité de la bande d'Esmarch ainsi appliquée chez une femme après une hémorrhagie puerpérale grave paraît bien établie. (*Revue des Sc. med.*)

168. — La cocaïne comme antiseptique en gynécologie. (Kerton). — Le docteur Kerton a remarqué qu'après l'administration de la cocaïne à l'intérieur, à la dose de 25 centigrammes, les différentes sécrétions, sueur, urine, produits de suppuration, et

mêmes les fèces, perdaient leur fétidité. Il conseille donc d'expérimenter la cocaïne comme antiseptique interne pour remplacer l'acide phénique et le sublimé dans les injections intra-utérines. Il pense que cet alcaloïde, administré par la bouche, ou en lavements, agira aussi bien comme neurasthénique que comme désinfectant. (*The Lancet* et *Rev. obst. et gynécologique.*)

169. — Compression permanente de l'ovaire droit, puis des deux ovaires, supprimant des attaques quotidiennes d'hystérie, par M. H. Desplats. — Jeune fille de 20 ans, atteinte d'hystérie (attaques convulsives, aphonie nerveuse, aménorrhée). Les attaques étaient devenues quotidiennes et chaque jour plus fortes, mais toujours calmées par la compression ovarienne. Dès que celle-ci fut permanente, les attaques cessèrent. Depuis cinq ou six semaines, elle n'avait plus d'attaques quand elle quitta son bandage compressif. Une heure après l'avoir quitté, elle eut un accès convulsif. Elle remit son bandage, mais bientôt les accès revinrent et ne se dissipèrent qu'après la compression des deux ovaires, qui étaient devenus tous deux très sensibles. (*Journ. des Sc. méd. de Lille.*)

170. — De l'emploi de l'ipécacuanha dans le travail. — M. Carriger a été amené à employer l'ipécacuanha dans les accouchements en se fondant sur l'efficacité de ce médicament contre les hémorrhagies utérines. D'après lui, l'ipéca est un ocytocique puissant qui stimule l'utérus et facilite en même temps la dilatation d'un col rigide. Il change les douleurs pénibles, mais inutiles, en douleurs expultrices plus supportables.

Il rapporte plusieurs cas où, le col étant, au bout de plusieurs heures de travail, rigide et fermé, l'administration de 2 à 4 grains (10 à 20 centigrammes) de poudre d'ipécacuanha, amena la terminaison de l'accouchement en une heure. Cette poudre semble régulariser les contractions utérines, et tout en diminuant les douleurs, augmenter la force expultrice de la matrice. (*Revue des sciences médicales.*)

171. — Des injections hypodermiques de liqueur de

Fowler dans la chorée. — M. le D[r] L. Perroud emploie, depuis 1875, les injections hypodermiques d'arsenic dans la chorée.

La méthode générale d'administration suivie par M. Perroud est des plus simples. On injecte dans le tissu cellulaire, au moyen de la seringue de Ch. Pravaz, 4 à 5 gouttes de liqueur de Fowler pure. On pratique de la sorte une injection au plus tous les jours. Le plus souvent même on se contente d'en pratiquer une tous les deux ou trois jours.

Trente-trois observations inédites d'enfants de 4 ans jusqu'à l'âge de 14 ans sont publiées à l'appui de cette méthode par M. Garin. On y trouve des chorées récentes ou anciennes et récidivées, des chorées à forme paralytique, cérébrale, etc. Sous l'influence de la médication hypodermique arsenicale, l'amélioration rapide est la règle dans tous les cas.

En même temps que la chorée marche vers la guérison, on remarque de l'engraissement ; le poids du corps augmente d'une facon progressive ; par contre, les matières solides excrétées par le rein diminuent.

Sous l'influence des injections arsenicales, 16 chorées se sont terminées par la guérison, après une moyenne de 32 jours de traitement et de 18 injections hypodermiques environ.

Ces 16 chorées ont subi un traitement purement arsenical. Elles étaient presque toutes simples et récentes.

Sur 13 autres chorées soumises aux injections d'arsenic, mais aussi à beaucoup d'autres traitements, 10 ont guéri. Mais il a fallu un temps plus considérable que pour les premières (en calculant la durée de tous les traitements réunis).

Ces 13 chorées étaient en outre presque toujours anciennes et récidivées. (*Lyon médical.*)

Je préfère de beaucoup l'emploi de l'arséniate de soude par la voie gastrique.

***

172. — Irritabilité de la vessie. — Le docteur Chun recommande la mixture suivante, pour combattre les besoins incessants d'uriner et l'irritabilité de la vessie : acide benzoïque, 8 grammes ; borax, 12 grammes ; — faites dissoudre dans 350 grammes d'eau. — A prendre trois cuillerées par jour. (*The med. Record*, 10 mars 1888.)

***

173. — Poudre contre la tympanite. — M. RAYMOND.

Noix vomique pul................	0 gr. 30 cent.
Semences d'anis pulv..............	0 gr. 15 cent.

Mêlez et divisez en 2 prises, dont on prendra l'une le matin et l'autre le soir. — Deux cuillerées à bouche de charbon dans la journée, pour combattre la tympanite. — N. G.

***

174. — Traitement de la broncho-pneumonie chez les enfants. (M. TORDEUS.) — Quand le sujet présente une fièvre intense, avec des râles très fins, de la respiration bronchique et que les forces ne sont pas trop déprimées, il lui est prescrit de l'apomorphine à la dose de 1 à 2 centigrammes par jour. En même temps, il est urgent d'abattre la fièvre à l'aide de l'antipyrine à la dose de 60 à 90 centigrammes en trois paquets.

Si les forces de l'enfant sont déprimées, si les mouvements de la respiration sont au nombre de 60 à 80 par minute, chez les tout jeunes enfants, avec battements des ailes du nez, et enfin, si un commencement de cyanose annonce l'imminence de l'asphyxie et de la parésie cardiaque, il est recommandé de combattre cet état d'adynamie par des excitants. Le carbonate d'ammoniaque et l'alcool rendent alors de très grands services.

La formule suivante est fort utile :

Carbonate d'ammoniaque................	1 gr.
Alcool....................................	10 —
Sirop d'éther...........................	20 —
Eau distillée...........................	100 —

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à café toutes les heures.

Dès l'apparition des râles fins, M. Tordeus prescrit l'enveloppement des malades dans des draps mouillés avec de l'eau froide ou tiède, depuis le cou jusqu'à l'ombilic. En même temps, il est recommandé aux parents de toujours entretenir, dans la place où vit le sujet, la production de vapeurs d'eau, en plaçant sur leur étuve un récipient quelconque contenant de l'eau.

Le vésicatoire de 5 sur 5 donne un réel résultat toutes les fois que la tendance à l'hépatisation s'accuse par un souffle persistant pendant plusieurs jours à la même place, et lorsqu'il n'existe plus de fièvre.

Il est rare que, dans ce cas, il n'y ait pas disparition ou du moins diminution du souffle, le lendemain.

Il est nécessaire aussi de ne pas abandonner trop tôt la médication lorsque les symptômes graves à l'auscultation ont disparu. Souvent, c'est le propre de la broncho-pneumonie des enfants, un souffle n'est plus audible un jour et reparaît le lendemain au même endroit ou ailleurs.

Il convient donc de continuer la médication expectorante ou excitante, suivant les indications, en se rapportant surtout à l'état général du sujet. Quand la fièvre a disparu, et que le nombre des mouvements respiratoires est retombé, de 70 à 80 qu'il était, à 30 par minute chez les jeunes enfants, M. Tordeus administre la potion suivante :

Racine d'ipéca concassé........... 0.30 centigr.

Faites infuser dans :

Eau.............................. 100 gr.

Passez et ajoutez :

Liqueur ammoniacale anisée....... 1 —

Sirop de Tolu.................... 10 —

F. S. A.

La liqueur ammoniacale anisée permet, par son excitation spéciale sur les voies respiratoires, de dégager les petites bronches des mucosités qui y demeurent attachées. (*Clinique*, 31 mai.)

175. — Traitement de la subinvolution utérine. (WYMAN.)

Chlorure de sodium..................... 32 gr.

Poudre d'écorce d'orme................. 96 gr.

Poudre de feuilles de jusquiame.......... 4 gr.

Mêler et piler dans un mortier jusqu'à dessiccation.

L'auteur prend ensuite un morceau de coton absorbant, arrondi, d'environ trois pouces de diamètre. La poudre est disposée à l'intérieur du coton qui la recouvre entièrement, de manière à avoir ainsi un tampon contenant dans son intérieur le principe actif. On l'applique au moyen d'un spéculum contre le col, et on le change, généralement, une fois par jour. (*Rev. obst. et gynéc.*)

***

176. — Traitement des métrorrhagies de la ménopause. (A. LUTAUD.) — Chaque jour 50 centigr. de sulfate de quinine par la voie rectale.

Chaque jour 3 injections chaudes à 40°. Ces injections seront faites autant que possible par le médecin ou par une garde expérimentée.

De 30 à 40 gouttes de teinture alcoolique de chanvre indien (hydrastis canadensis) par doses de 5 gouttes répétées toutes les 2 heures.

Enfin, si l'hémorrhagie persiste, il faut pratiquer la dilatation par le procédé de Vulliet et faire le curage.

177. — Traitement de l'endométrite. (DUMONTPALLIER.) — Pour guérir l'endométrite, j'ai eu l'idée d'un traitement qui est d'un maniement facile. En cela comme en bien des choses, c'est un peu le hasard qui m'a guidé, et ce n'est pas d'emblée que j'ai préconisé dans l'endométrite l'emploi de *chlorure de zinc* à *l'état sirupeux*. J'avais constaté depuis longtemps tout le profit qu'on pouvait retirer de l'emploi de cet agent contre les hémorrhagies utérines persistantes, et l'amélioration de signes indiscutables de métrite interne. D'abord, j'ai porté ce caustique dans le col, puis j'ai été ensuite plus franchement, et c'est dans la cavité utérine même qu'il faut l'appliquer.

Voici comment on procède : On trempe dans la solution de chlorure de zinc un léger tampon de ouate porté au bout d'une baleine, et l'utérus étant maintenu par une simple pression hypogastrique, je le fais pénétrer par un mouvement de vrille dans la cavité utérine. Si la maladie est légère, un simple badigeonnage suffit, sinon on laisse en place le tampon dans l'utérus et on maintient le tout par le tamponnement vaginal. Un tampon sec placé dans le col rendrait le procédé plus complet.

Quelles sont les *suites de l'opération* ? Au moment de la cautérisation, les malades n'éprouvent rien. Au bout de trois quarts d'heure, la douleur apparaît, mais peu intense, ayant son siège au point contaminé, avec irradiations vers le siège, l'hypogastre, les reins, les cuisses. Au bout de trois à quatre heures, les douleurs ont disparu. En tout cas, la conséquence immédiate est l'arrêt des hémorrhagies, et il n'y a jamais d'accidents douloureux graves, ni de complications inflammatoires. Les malades restent au lit pendant quelques jours, très tranquilles, et, au bout d'une semaine environ,

l'eschare causée par le caustique s'élimine, sous forme d'exfoliation insensible dans le cas de cautérisation légère, ou sous forme d'une eschare membraneuse comprenant la partie mortifiée de la muqueuse, analogue aux produits de la dysménorrhée membraneuse, si la cautérisation a été plus énergique. Cette eschare est jaunâtre, d'épaisseur variable, et lorsqu'elle s'élimine, l'utérus est cicatrisé.

A la place de la solution sirupeuse, on se sert de bâton de chlorure de zinc à 1 ou 2 de caustique pour une partie de véhicule.

Les *résultats* sont ordinairement heureux, et je me hâte de dire que je ne considère comme guéries que les femmes qui voient par la suite leurs règles normales comme quantité et comme durée, sans écoulement muco-purulent consécutif. Cependant, il faut quelquefois une nouvelle séance, ce qui prouve que le succès d'emblée n'est pas toujours absolument certain. Mais, en somme, tous ces traitements sont encore à l'étude et les deux procédés, celui de l'écouvillonnage et celui de la cautérisation au chlorure de zinc, ont leur avantage chacun.

En résumé, nous pouvons dire que l'endométrite est une maladie très commune, et qu'avant d'intervenir il faut fixer l'opportunité de l'intervention et en particulier pour l'endométrite puerpérale, on doit employer les moyens anodins, tels que la teinture d'iode, le perchlorure de fer, avant d'avoir recours aux méthodes plus violentes, comme l'écouvillonnage et la cautérisation au chlorure de zinc. Et, dans ce dernier cas, ne pas promettre une guérison qu'on n'est pas sûr d'obtenir après une seule séance.

178.— Thérapeutique de l'avortement. — D'après le Dr Leemans, les irrigations antiseptiques continues sont tout d'abord à employer contre la septicémie suite de fausse couche. Si ce moyen échoue, alors on recourra à l'extraction du placenta avec les doigts ou la pince, quelquefois avec la curette mousse, jamais avec la curette tranchante. En effet, quand les jours de la femme sont sérieusement menacés, que les moyens les plus doux ne réussissent pas, l'accoucheur, comme le chirurgien, est autorisé à faire subir une opération à sa malade, qui peut la sauver d'une mort imminente. Dans ce cas, ne rien tenter, laisser la nature emporter la malade, serait une grande faute, une conduite blâmable.

En résumé, voici le traitement à instituer contre la rétention du placenta et ses conséquences.

Comme moyen prophylactique, emploi rigoureux de la méthode antiseptique ; après l'expulsion du fœtus, injections intra-utérines et lavages vaginaux fréquents, contre l'hémorrhagie, injections chaudes antiseptiques. Si elles échouent, le tamponnement. Contre la putréfaction du placenta et la septicémie, irrigation antiseptique continue intra-utérine. Si elle échoue, extraction du placenta avec les doigts ou la pince, quelquefois avec la curette mousse.

A cinq et six mois, on peut tenter l'expression utérine.

Dans aucun cas, on n'oubliera le traitement général, surtout les toniques et le sulfate de quinine, recommandé par le professeur Tarnier. Ce dernier médicament est un germicide très efficace. On doit le prescrire à la dose d'un gramme par jour au moins.

L'alcool sera préconisé sous forme de potion de Todd, de grog, de vin de Champagne, coupé d'eau de Seltz. On ordonnera de l'extrait de quinquina et de jus de viande ; plus tard un régime tonique reconstituant.

Pour terminer, rappelons que la femme qui vient d'avorter doit être soumise aux mêmes règles que la femme accouchée à terme surtout au repos prolongé ; car la femme qui vient d'avorter est particulièrement exposée aux affections de l'utérus et des annexes.

(*Revue de thérapeutique.*)

FORMULAIRE

La médication iodurée dans le traitement de la métrite scléreuse. (J. Chéron.)

Sous le nom de métrite chronique, métrite parenchymateuse chronique, infarctus utérin, etc., etc., on a réuni des lésions très distinctes, comme l'engorgement du tissu musculaire de la matrice, la simple congestion chronique, l'arrêt d'involution après l'accouchement ou la fausse couche, enfin la sclérose du parenchyme utérin.

Or, il existe des cas de congestion chronique qui ne s'accompagnent jamais de lésions inflammatoires (diapédèze des globules blancs, prolifération des cellules migratrices, etc.) Chez d'autres malades il se

fait, entre les fibres musculaires, une transsudation de sérum qui se dépose à l'état semi-solide entre les éléments qu'il tient écartés ; c'est l'engorgement de Robin, et cet engorgement peut persister, indéfiniment sans amener aucune modification ultérieure des tissus.

La subinvolution n'a elle-même rien à voir avec les lésions inflammatoires banales. Enfin, dans une dernière catégorie de cas, il se fait au niveau de l'utérus une véritable sclérose, qui n'est autre chose qu'une prolifération du tissu conjonctif péri-vasculaire étouffant progressivement les éléments anatomiques. Cette métrite scléreuse s'observe uniquement chez des malades de souche arthritique ou artério-scléreuses, chez celles pour qui une tension artérielle toujours surélevée constitue une prédisposition à toutes les scléroses viscérales.

C'est à cette dernière catégorie de faits que s'adresse plus particulièrement la médication iodurée.

On connaît l'action de l'iodure dans l'hypertension artérielle ; c'est, avec la trinitrine et le nitrite d'amyle, le médicament qui fait baisser le plus rapidement la pression du sang dans les artères ; mais, mieux que ces derniers, il est succeptible, lorsqu'il est administré à faible dose longtemps prolongée, d'amener la résorption des hyperplasies conjonctives viscérales ou vasculaires, spécifiques ou simplement dystrophiques.

Dans la sclérose utérine en particulier, l'iodure de potassium doit être donné, pendant des mois consécutifs, à la dose de 0,30 centigr. par jour, en deux fois, en commençant par la dose de 0,05 centigr. pour arriver progressivement à la tolérance des muqueuses naso-pharyngées.

Voici la formule qu'on peut adopter :

Iodure de potassium	3 grammes
Eau distillée	300 grammes

Prendre une cuillerée à bouche avant chaque repas dans un peu de bière ou dans un peu d'eau rougie.

Chaque cuillerée à bouche contient 0,15 centigrammes du sel.

Directeur-Gérant, D[r] J. Chéron.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I.— La dilatation artificielle de l'utérus comme moyen d'évacuation des kystes tubaires.

II.— Vice de conformation étrange de la région ano-vaginale.

I.— Tandis que, mieux armée contre les complications opératoires, la chirurgie générale se montre franchement et résolument conservatrice, substitue, par exemple, les résections articulaires aux amputations des membres, toutes les fois que cela est possible, et parvient le plus ordinairement à éviter les amputations dans les fractures compliquées, nous assistons en ce moment à une tendance absolument opposée en chirurgie gynécologique. Les rétroflexions douloureuses deviennent, aux yeux de quelques chirurgiens, justiciables de l'hystérectomie vaginale; les hémorrhagies utérines, pour peu qu'elles soient abondantes ou rebelles au traitement médical, sont volontiers combattues par la castration ovarienne avec ou sans salpingectomie.

Cependant, il se trouve des gynécologistes qui sont moins frappés des brillants succès opératoires obtenus que du danger de mort auquel les malades sont exposées par ces interventions hardies, alors surtout que leur affection est rarement mortelle par elle-même ; ceux-là cherchent à augmenter le nombre, à perfec-

tionner le manuel opératoire, et à étendre les indications des opérations à peu près exemptes de danger, capables, fût-ce au prix de soins plus ou moins prolongés, de guérir complètement les malades, sans mettre leur vie en péril, ou tout au moins de leur rendre l'existence presque normale.

C'est dans cet ordre d'idées que je suis revenu à plusieurs reprises, dans ce journal, sur le traitement des corps fibreux par les courants continus, d'après la méthode de mon savant maître, le Dr Chéron (1); sur l'abus de la castration pour remédier aux troubles nerveux réflexes et aux hémorrhagies utérines (2) ; c'est par suite des mêmes tendances que je donnais dernièrement la préférence à l'incision et au drainage par le vagin, dans le cas d'hématocèle rétro-utérine, sur l'incision abdominale (3), etc.

Depuis quelque temps nous voyons se multiplier les laparotomies ayant pour but d'enlever les trompes de Fallope, lorsqu'il y a hydro-, pyo- ou hémato-salpingite, ou de les vider de leur contenu. Mieux étudiées, les affections tubaires semblent, en effet, jouer un rôle méconnu jusque dans ces dernières années et représenter souvent la lésion principale des états dénommés pelvi-péritonite et cellulite pelvienne, phlegmon des ligaments larges, etc. Nous pouvons en conclure immédiatement l'importance considérable de l'endométrite et voir, dans le râclage de la cavité utérine, un moyen prophylactique de premier ordre, lorsque les altérations n'ont pas dépassé la sphère utérine. Mais ce n'est pas tout ; si l'on pouvait, en temps utile, faire le drainage des kystes tubaires par les voies naturelles et obtenir l'évacuation de leur contenu dans le tractus utéro-vaginal, les trompes de Fallope reviendraient peut-être à leur état normal si on parvenait à empêcher toute infection nouvelle. On a bien proposé de chercher à

(1) J. Chéron.— Des tumeurs fibreuses de l'utérus et de leur traitement par les courants continus.— *Rev. méd. chir. des maladies des femmes.* mai, 1879. — Voir aussi les nos de juin 1886, novembre 1887 et février 1888.

(2) Jules Batuaud. — Abus de la castration, etc. *Rev. méd. chir. des mal. des femmes,* avril 1887.

(3) Voir le no de juillet 1888.

dilater directement les orifices utéro-tubaires, mais toutes les tentatives de cathétérisme de ces orifices ont échoué jusqu'ici. Il restait heureusement une voie détournée, la dilatation forcée de la cavité utérine. « En écartant puissamment les parois utérines l'une de l'autre, dit M. Walton (1), on doit nécessairement agrandir les orifices ou canaux qui traversent ces parois; tout au moins obtiendra-t-on le décollement des parois épaissies de ces mêmes orifices. D'un autre côté, cette surdistension lèvera la contraction spasmodique des fibres musculaires de la matrice, organe érectile. Cette surdistension produira même une paralysie passagère de ces fibres musculaires, et les canaux qui traversent les espèces de boutonnières vivantes formées par l'entrelacement de ces mêmes fibres musculaires ne seront plus comprimés et pourront livrer passage aux liquides qu'ils renferment. Enfin la curette, maniée habilement dans les angles de la cavité utérine, achèvera la désobstruction des orifices utéro-tubaires en enlevant, en grande partie, leur muqueuse morbidement épaissie. » Quoi qu'il en soit de la théorie, M. Walton a eu le mérite de démontrer par cinq faits absolument probants publiés, les uns, dans un travail ayant pour titre: *Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite, son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus* (2), les autres, dans le mémoire dont je viens de faire une citation, que l'évacuation des kystes tubaires peut s'effectuer par la filière utérine après la dilatation forcée et le râclage de la cavité utérine. C'est en général de douze à quinze jours après l'opération que cette évacuation se produit. Réussira-t-on toujours ? Il est probable que non, si on intervient trop tard, car si la paroi du kyste est en grande partie ulcérée, le contenu se videra par le point qui n'offre presque plus de résistance. Il ne faut donc pas attendre trop longtemps et on évitera ainsi dans un grand nombre de cas, il est d'ores et déjà permis de l'espérer, le danger toujours grand d'une laparotomie. En tout cas dilatation forcée et râclage constituent une opération exempte de dangers entre les mains d'un gynécolo-

(1) Walton, Du drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelvien, Gand 1888.

(2) Académie royale de Belgique, 30 juillet 1887 et Bruxelles 1888.

giste prudent, et il sera toujours temps de recourir à la salpingectomie si la méthode de Walton a échoué une première fois.

Il me suffit pour le moment d'avoir indiqué le principe du drainage des kystes tubaires par la filière utérine ; il y aurait beaucoup à dire sur les meilleures méthodes de dilatation à employer dans le cas actuel ; mais, faute de place, je me contenterai, bien à regret, de renvoyer le lecteur à ma revue du mois de novembre 1886.

II. — Notre confrère le Dr Bonnain, de Moncoutant (Deux-Sèvres), publie dans *l'Union médicale* (1) une observation très curieuse d'anus vaginal avec absence complète de périnée. C'est le premier fait de ce genre relaté dans les annales scientifiques, à ma connaissance du moins, aussi mérite-t-il d'être résumé ici (2) :

Une jeune primipare de 24 ans, douée d'une bonne santé et d'une excellente constitution, venait d'accoucher heureusement et sans difficulté d'un superbe garçon. Notre confrère fut appelé par la sage-femme qui avait dirigé l'accouchement pour constater un vice de conformation étrange de la région ano-vaginale, méconnu jusque-là, car la jeune mère se croyait faite comme les autres.

Le Dr Bonnain ne fut pas peu surpris, à son tour, de constater d'abord une absence complète d'anus, de périnée, de fourchette, d'anneau vulvaire, de constricteur du vagin, en un mot, aucune trace du détroit inférieur, le tout remplacé par un affreux cloaque dont les dimensions, de haut en bas surtout, étaient considérables.

Pour ce qui suit, je me contenterai de citer textuellement :

« Après avoir plongé mon doigt dans le gouffre immense, dit-il, je constatai que le col était à sa place normale, et puis, en explorant avec un redoublement d'attention la paroi postérieure de ma fondrière, afin de chercher l'ouverture par laquelle devait s'opérer l'acte fondamental de la défécation, ouverture qui ne

(1) *Union médicale* 1888, p. 317.

(2) Voir, sur ce sujet, Rovillain : *Contribution à l'étude des vices de conformation de l'anus et du rectum et en particulier de l'anus vulvaire*, thèse de Paris 1882.

pouvait pas avoir été supprimée d'une façon aussi radicale que son concitoyen le périnée, je trouvai, vers la partie moyenne de l'espace compris entre le col et l'extrémité inférieure de mon pseudo-vagin, non point la fistule recto-vaginale à laquelle je m'attendais, mais bien *l'anus* le plus orthodoxe qu'il soit possible d'imaginer, bel et bien doté d'un sphincter des plus énergiques, parfaitement d'accord avec la volonté, et grâce auquel notre commère est tout aussi bien maitresse que les autres de ses garde-robes et de ses gaz ; avec cet avantage particulier, quant à ces derniers, que jamais elles n'a à se plaindre de leurs indiscrétions. En effet, leur expulsion s'accomplissant en vase clos, il est tout naturel qu'elle soit silencieuse et n'ait rien de commun avec l'impertinent tapage des explosions en plein air. »

On comprend que, grâce à ce vice de conformation, l'accouchement se soit fait avec une facilité extrême. Il serait intéressant de savoir s'il y aura, dans quelques années, un prolapsus de l'utérus, étant données les idées actuelles sur le rôle du corps périnéal comme soutien de la matrice. C'est ce que ne manquera pas de faire connaitre au public médical notre savant confrère.

J. B.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr Chéron.

De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

DIXIÈME LEÇON (*Suite.*)

LES ULCÉRATIONS DU COL DE L'UTÉRUS

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service.

Sommaire. — Comment j'ai été amené à considérer les ulcérations du col comme des conséquences de l'endométrite cervicale ; comment, plus tard, j'ai reconnu que la plupart des cas dénommés ulcérations n'étaient que des ectropions simples; comment enfin les ectropions peuvent s'ulcérer.

Confirmation de mes recherches par les travaux histologiques de Guillaume Fischel, qui complète l'histologie pathologique des ulcérations et interprète, de manière à justifier mon opinion, les résultats obtenus par ses devanciers. Cependant, d'après Guillaume Fischel, il faudrait admettre, à côté des ectropions ulcérés, des ulcérations vraies nées sur place, de la face vaginale, du museau de tanche. A mon avis, ces dernières ulcérations doivent être rattachées à la vaginite (vaginite blennorrhagique ou vaginite due à la présence de corps étrangers, tels que des pessaires mal entretenus, dans les culs-de-sac vaginaux). Les ulcérations qui naissent directement sur la face vaginale du museau de tanche sont donc en dehors de l'histoire de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

A. — Définition de *l'exulcération du col* : C'est un ectropion correspondant à des lésions peu profondes de la muqueuse du canal cervical et desquamé sur une étendue variable. Description clinique.

B. — Définition de *l'ulcération folliculaire*. C'est un ectropion correspondant à l'hyperplasie glandulaire de la muqueuse du canal cervical, et dont la couche épithéliale de revêtement a disparu sous des influences diverses. Description clinique.

C. — Définition de l'*ulcération papillaire* : Histologiquement, on n'est pas encore fixé sur l'existence ou la non existence de papilles sur la muqueuse du canal cervical enflammée. La description histologique de Fischel permet cependant d'admettre cette variété d'ulcération qui peut, cliniquement, prendre la forme granuleuse ou fongueuse. Fréquence des granulations chez les arthritiques ; leur description clinique. Fréquence des fongosités chez les scrofuleux ; leur description clinique.

Marche lente. — Durée indéfinie des ulcérations lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes ; facilité de séparer l'épithélium et de ramener les ulcérations à l'état d'ectropions simples. — Terminaison et pronostic absolument semblables à la terminaison et au pronostic des ectropions.

Le traitement médical et le traitement chirurgical sont les mêmes que pour les ectropions.

Diagnostic différentiel avec l'ectropion simple, les syphilides secondaires érosives et ulcéreuses et avec les chancres du col.

Vous venez de voir esquissé, à grands traits, l'historique des ulcérations du col. Ainsi que je vous le disais, les ulcérations, il y a une dizaine d'années, étaient regardées comme des lésions nées sur place et on les rattachait à la métrite ou à la leucorrhée, considérée elle-même comme symptôme de métrite.

Cependant, dès l'année 1879 (1), je n'hésitai pas à envisager les ulcérations comme des conséquences de l'endométrite cervicale, et à affirmer qu'elles ne sont pas nées sur place, mais qu'elles viennent de la cavité du col, qu'elles représentent la muqueuse du canal cervical altérée, enflammée, venant s'étaler sur les lèvres du museau de tanche.

« Trois faits principaux, disais-je alors, frappèrent mon attention dès le début de mon exercice dans le service de Saint-Lazare :

1° Je voyais très souvent les parties malades du col présenter un arrangement symétrique, de tout point comparable à la disposition de l'arbre-de-vie dans le canal cervical, et cela aussi bien chez les nullipares que chez les femmes qui avaient engendré.

2° Le toucher vaginal pratiqué sur toutes mes malades atteintes d'ulcération me fit reconnaître que tout col atteint d'ulcération n'a plus la forme conique que les anatomistes décrivent à cet organe, mais bien une forme que j'appellerai inverse, c'est-à-dire *en champignon* : les lèvres du col forment, en arrière, un véritable bourrelet circulaire dont on ne peut constater que rarement l'existence, lorsqu'on voit le col de face, au fond du spéculum.

J'ai vérifié le fait plus de quatre mille fois, et j'ose affirmer que s'il y a quelques cas dans lesquels l'hésitation soit possible, ces cas ne sont que des exceptions plus apparentes que réelles.

3° Toutes les ulcérations du col aboutissent au méat cervical ou l'entourent complètement. Aussi participe-t-il toujours à cette affection, qui se prolonge dans le canal, aussi loin que l'œil puisse pénétrer, avec ou sans le secours d'un dilatateur.

La constatation de ces différents faits, ajoutais-je, devait tout naturellement me conduire aux conclusions suivantes :

A. — La muqueuse du canal cervical, sous l'influence d'un processus morbide, peut recouvrir les lèvres du col, ce que la présence des arborisations de l'arbre-de-vie dans les cas d'ulcération permet de constater. Ou encore, la muqueuse vaginale du col, en s'altérant au début de l'ulcération, révèle l'existence de séries papillaires disposées comme les colonnes de l'arbre-de-vie.

(1) Jules Chéron. De l'ulcération du col. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, mai et juin 1879.

B. — Sur tout col ulcéré, il semble que les lèvres soient repoussées du centre à la périphérie, pour former le bourrelet qui donne à cet organe la forme d'un champignon. La cause qui engendre l'ulcération produirait, au centre de celui-ci, une augmentation de volume des tissus auquel serait dû le refoulement des lèvres du col en dehors.

C. — L'ulcération du col ayant toujours pour centre ou pour aboutissant le méat et le canal cervical, c'est par la muqueuse du canal que commence l'altération ulcérative, et conséquemment, l'augmentation de volume, l'hypertrophie des tissus, qui refoulent les lèvres du col et augmentent les diamètres de cet organe. »

Du reste, j'avais pris soin d'appuyer ces présomptions cliniques par des preuves histologiques irréfutables. Les ulcérations du col contiennent toujours des glandes constituées comme celles du canal cervical, alors qu'à l'état normal, depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte, la partie libre des lèvres du col est absolument dépourvue d'éléments glandulaires. Les pièces nombreuses que j'avais alors préparées démontraient ce fait de la façon la plus nette, et la plus précise. Ce point d'anatomie normale, alors très discuté, est du reste devenu classique depuis quelques années.

A cette époque, il faut bien le reconnaître, la technique histologique était loin d'être aussi parfaite que maintenant, en sorte que, sur la plupart des pièces, on ne trouvait pas d'épithélium sur les surfaces qui semblaient ulcérées à l'examen au spéculum ; on avait donc tout lieu de croire que les ulcérations existaient réellement.

Plus tard, avec les perfectionnements des méthodes d'examen au microscope, on reconnut que beaucoup de soi-disant ulcérations présentaient un revêtement épithélial continu ; c'est alors que le mot ectropion, qui avait l'avantage d'indiquer un fait exact, le renversement de la muqueuse du canal cervical hors de l'orifice externe, prévalut en gynécologie et remplaça le mot ulcération.

L'ulcération du col ou plutôt de la muqueuse du canal cervical enflammée et étalée sur les lèvres du col, bien que très rare

relativement à ce qu'on croyait, il y a 10 ans, existe cependant et ne doit pas être niée d'une façon absolue. C'est lorsqu'un ectropion a été longtemps soumis à des frottements contre le plancher du vagin, lorsqu'il a été modifié par des caustiques comme le nitrate d'argent, lorsqu'il a subi la pression de corps étrangers tels que les pessaires vaginaux, etc., qu'il peut perdre son revêtement épithélial sur une étendue variable et que le mot ulcération se trouve exprimer une idée exacte. Pour qu'il n'y ait aucun doute dans votre esprit, j'ai l'habitude de dire, non pas qu'il y a ulcération du col, mais bien qu'il existe un ectropion ulcéré. Cette expression a l'avantage de vous rappeler immédiatement quelle est la pathogénie exacte de cet état dont la nature fut si longtemps méconnue.

Dans un travail très intéressant (1), M. Guillaume Fischel (de Prague), dont les recherches semblent très personnelles, a pleinement confirmé les idées que je m'étais faites sur les ulcérations du col. Comme il ne paraît pas avoir eu connaissance de mon mémoire de 1879, la concordance de ses conclusions avec les miennes est d'autant plus digne d'être notée. Tout d'abord il crut que les inégalités des surfaces ulcérées étaient des déchirures; mais « bientôt, dit-il, j'observai des cas dans lesquels ces crêtes et ces sillons étaient si régulièrement disposés, soit en rayons autour de l'orifice externe, soit en lignes parallèles à celui-ci, soit en présentant une disposition penniforme, que je ne pouvais pas douter *qu'elles n'appartinssent au système de l'arbre-de-vie.* » Et plus loin il ajoute : « En résumant toutes mes observations cliniques, je me suis convaincu que les ulcérations dites du museau de tanche, que j'ai trouvées chez les femmes enceintes ou accouchées et qui me semblent être identiques avec celles dépendant de la métrite chronique, *ne sont pas autre chose que la muqueuse cervicale, soit normale, soit altérée par un processus pathologique.* »

(1) Guillaume Fischel. Sur la structure et la signification pathologique des ulcérations du col utérin. *Annales de gynécologie,* n° d'octobre 1881.

Il a démontré également avec Wagner, avec Ruge et Veit, etc., que les préparations bien faites permettent de retrouver presque toujours une couche épithéliale continue sur les surfaces qui semblaient ulcérées ; c'est pourquoi le mot ectropion doit, à mon avis, être substitué au mot ulcération dans la majorité des cas. Ceci n'a du reste qu'une importance secondaire, le fait important est la relation constante qui existe entre les ectropions ou les ulcérations et la muqueuse du canal cervical.

Cependant, d'après Guillaume Fischel, il existe aussi des ulcérations, nées sur place, sur la face vaginale du museau de tanche et indépendantes de la muqueuse du canal cervical. « Ce sont, dit-il, de petites taches rouges se réunissant quelquefois, et formant des ulcères superficiels entourés de l'épithélium pavimenteux. L'examen histologique de ces ulcérations nous montre que le chorion de la muqueuse vaginale est gonflé, gorgé de cellules embryonnaires ; il rompt, par suite de son accroissement rapide, le revêtement épithélial qui, au centre de ces foyers, ne consiste que dans la couche superficielle de cellules plates et peut même manquer complètement. Des formations glanduleuses ne s'y trouvent pas. Ce sont donc de vraies érosions ou ulcères superficiels. »

Il faut bien savoir que cette dernière catégorie d'ulcérations ne dépendent nullement de l'utérus et doivent être rattachées à la vaginite, que celle-ci soit blennorrhagique ou due à la présence de corps étrangers dans les culs-de-sac, tels que des pessaires insuffisamment nettoyés et mal entretenus. En réalité, j'aurais donc pu les passer sous silence, car elles sont tout à fait en dehors de notre sujet, l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

Cette discussion un peu longue sur la nature des ulcérations du col était nécessaire pour nous faire comprendre la question d'une façon tout à fait nette ; elle va me permettre maintenant de vous exposer en très peu de mots les définitions et la description clinique des diverses variétés d'ulcérations que nous avions

admises, c'est-à-dire des exulcérations, des ulcérations folliculaires et des ulcérations papillaires granuleuses ou fongueuses.

A. — *L'exulcération du col* est l'état qu'on observe lorsque la muqueuse du canal cervical, peu profondément altérée par un processus inflammatoire léger et superficiel, vient faire ectropion en dehors de l'orifice externe et là, soumis à des irritations plus ou moins répétées, perd son épithélium sur une étendue variable. Comme l'anatomie pathologique des ectropions vous est connue, cette définition est suffisante.

Au point de vue clinique, j'ai peu de choses à ajouter.

L'exulcération du col est représentée par une surface qui, partant de l'orifice externe, se répand sur l'une ou l'autre des lèvres, ou sur les deux lèvres à la fois, surface qui est rouge, luisante, recouverte d'une sécrétion muqueuse peu abondante, mais tenace et glutineuse. Quand le col a été bien nettoyé, on aperçoit la disposition régulière des plis de l'arbre-de-vie qui se poursuit de l'intérieur du canal cervical jusque vers la limite externe des parties rouges. Enfin, et c'est là ce qui distingue l'exulcération de l'ectropion simple, en parcourant de l'œil la surface de l'ectropion, on découvre des solutions de continuité plus ou moins étendues ; ce sont des points qui tranchent par leur aspect terne sur les points voisins, lesquels, au contraire, sont miroitants en quelque sorte par suite de la conservation de l'épithélium cylindrique.

La suppression des causes d'irritation locale, lorsque cela est possible, quelques attouchements de la muqueuse avec une solution d'acide picrique, du perchlorure de fer ou de résorcine suffisent en général pour transformer l'exulcération en ectropion simple.

B. — *L'ulcération folliculaire* n'est pas autre chose qu'un ectropion de la muqueuse du canal cervical, correspondant à l'hyperplasie glandulaire de cette muqueuse, et dont la couche épithéliale de revêtement a disparu sous des influences diverses.

Au point de vue histologique, il n'y a entre l'exulcération et l'ulcération folliculaire qu'une différence : le nombre beaucoup plus considérable des enfoncements glanduleux qui pénètrent à une profondeur variable suivant les points considérés et atteignent même, par places, les couches superficielles du stroma du col utérin. La prolifération du tissu conjonctif embryonnaire sous-épithélial est aussi plus active que dans l'exulcération. Un nombre variable de glandes, enfin, ont leur orifice excréteur étranglé par le gonflement du tissu conjonctif et se transforment ainsi en petits kystes par rétention.

Cliniquement, le col attteint d'ulcération folliculaire donne, au toucher vaginal, une sensation de velours d'Utrecht ; quand il y a un grand nombre de petits kystes par rétention, ceux-ci donnent au doigt l'impression d'un semis de petits corps arrondis, d'une consistance assez ferme, répandus à profusion, à des hauteurs variables, dans l'épaisseur de la muqueuse. Il faut effleurer seulement, avec la pulpe digitale, la surface de l'ulcération pour avoir cette impression d'une façon nette. Si on pratique le toucher avec moins de douceur, on n'éprouve que la sensation de mollesse générale de l'ulcération comparée à la consistance plus ferme de la partie intacte des lèvres du col.

Au spéculum, le col se présente avec une coloration rouge vif et un semis de petits points d'une blancheur laiteuse. Ces points, de la grosseur d'une tête d'épingle environ, sont formés par la saillie des glandes groupées en cercle ou disséminées irrégulièrement ; elles sont remplies d'un mucus retenu dans leur cavité. Il suffit de piquer un de ces petits points blanchâtres avec la pointe du scarificateur pour les vider et voir le liquide s'écouler au dehors. Tout autour de ces vésicules se trouvent de petits cratères formés par d'anciens follicules qui se sont ouverts spontanément et dont l'épithélium a disparu. Les lésions portent donc surtout sur l'élément glandulaire on sécrétoire. Aussi un catarrhe muqueux ou muco-purulent très abondant est-il le principal symptôme en rapport avec l'ulcération folliculaire. Il y faut ajouter une sensation de pesanteur et de tension qui est bien en rapport avec l'état kystique des follicules enflammés, car il suf-

fit de ponctionner ces glandes pour faire disparaître immédiatement les malaises accusés par la malade.

C. — *Ulcération papillaire.* — L'ulcération papillaire a été admise par presque tous les cliniciens ; il faut bien avouer cependant que l'existence de papilles vraies, au sens anatomo-histologique, est contestée par des micrographes très compétents, parmi lesquels je citerai surtout Ruge et Veit. Guillaume Fischel affirme, au contraire, l'existence de papilles vraies et définit l'ulcération papillaire, « une muqueuse cervicale riche en papilles et enflammée ». J'ai fait moi-même un certain nombre de préparations qui n'ont laissé aucun doute dans mon esprit sur la réalité de papilles hypertrophiées, avec une anse vasculaire à leur centre, cà et là quelques enfoncements glandulaires, et surtout une prolifération très active du tissu conjonctif situé entre les glandes et les vaisseaux.

L'ulcération papillaire comprend deux variétés cliniques : la variété granuleuse et la variété fongueuse.

L'ulcération granuleuse est surtout fréquente chez les arthritiques. Le col est augmenté de volume ; la surface ulcérée est d'un rouge sombre ; les follicules comprimés ont laissé échapper le mucus qu'ils contenaient, ce qui donne à l'ulcération l'aspect d'une écumoire. Lorsque le col a été soigneusement abstergé, on aperçoit nettement un pointillé rouge vif formé par la saillie des papilles mises à nu par la chute de l'épithélium. Ces ulcérations saignent au moindre contact, et cet écoulement sanguin peut encore servir à établir un rapport entre la diathèse arthritique et l'ulcération papillaire, étant connue la fréquence des hémorrhagies chez les arthritiques.

L'ulcération fongueuse se rencontre le plus habituellement chez les personnes lympathiques ou plus ou moins strumeuses. Ces ulcérations sécrètent un pus très abondant, souvent mal lié, séreux ou séro-caséeux. « On dirait — je cite Courty (1) — que de leurs bords et des anfractuosités creusées au-dessous de leurs

(1) *Loc. cit.*, p. 1073.

bords décollés, il sort un pus épais, concret, condensé par son séjour prolongé dans ces crevasses et dont la partie séreuse s'est déjà écoulée. Je pense que c'est ce pus épaissi, mêlé à quelques détritus de tissu formés par les progrès de l'ulcération, qu'on a pris quelquefois pour de la matière tuberculeuse. Car les tubercules du col et généralement de la matrice sont si rares qu'il est impossible que les auteurs qui ont décrit de prétendus ulcères tuberculeux aient pu les observer ausai souvent que cela paraît résulter de leurs assertions. »

La *marche* des ulcérations du col est toujours lente, puisqu'elles se produisent sur des ectropions plus ou moins anciens soumis à des causes d'irritation locale qui ne produisent la desquamation épithéliale que par la continuité et la chronicité de leur action.

La *durée* des ulcérations abandonnées à elles-mêmes est indéfinie en raison même de la persistance des causes locales qui leur ont donné naissance. Il est néanmoins facile, ainsi que je le disais pour les exulcérations, de réparer l'épithélium cylindrique et de ramener les ulcérations à l'état d'ectropions simples. Pour cela, il suffit de protéger l'ectropion contre les frottements qu'il peut subir en s'abaissant sur le plancher du vagin. Un pessaire en anneau souple suffit en général à remplir cette indication en attendant que par un traitement approprié (injections chaudes stimulantes, pansements osmotiques, scarifications, électrisation des ligaments suspenseurs) on ait rendu à la matrice sa position normale. Des attouchements de la surface excoriée avec une solution d'acide picrique, de perchlorure de fer ou de résorcine, contribuent puissamment à cette cicatrisation.

Les ulcérations du col ont, d'après cela, une *terminaison* et un *pronostic* absolument semblables à la terminaison et au pronostic des ectropions. Leur *traitement* médical et chirurgical donnerait lieu aux mêmes considérations qu'il est inutile de vous présenter à nouveau après les longs développements que j'ai apportés à cette question dans les leçons précédentes.

Il ne nous reste donc plus, pour en terminer avec ce sujet, qu'à voir le *diagnostic différentiel* des ulcérations du col.

Le diagnostic entre l'ectropion et l'ulcération ressort nettement des descriptions que je viens de vous faire, il est donc superflu d'y revenir actuellement.

Les syphilides secondaires érosives ou ulcéreuses ne donnent guère lieu à des erreurs de diagnostic et ne peuvent que bien rarement être prises pour des ulcérations simples du col. On a, en effet, les antécédents, la concomitance de syphilides du même caractère sur les organes génitaux externes ou sur d'autres muqueuses. Les symptômes accusés par les malades, dans le cas de syphilis du col, ne ressemblent en rien au tableau clinique de l'endométrite. Enfin, les syphilides secondaires sont placées en un point quelconque de la surface externe du museau de tanche et ne se localisent pas au pourtour du méat cervical. S'il existe plusieurs éléments éruptifs, ceux-ci laissent entre eux des intervalles de tissu sain, ce qui suffit à mettre sur la voie. Dans les cas exceptionnels où les lésions seraient confluentes, il pourrait y avoir de l'hésitation à un examen incomplet, mais la marche de l'affection mettrait bientôt sur la voie du diagnostic, la durée des syphilides étant éphémère relativement à l'évolution lente et progressive des ulcérations simples du col.

Le chancre induré du col est en général unique et le plus souvent de dimensions trop restreintes pour qu'on puisse penser à une ulcération simple. Son fond est lisse, gris, en quelque sorte vernissé ; ses bords sont rouges, sa sécrétion est très faible et le pus qu'il produit n'est pas auto-inoculable ; enfin il est absolument indolent et sa durée est éphémère. Il n'y a donc presque jamais de difficultés à le distinguer des ulcérations du col.

Quant au chancre mou, il est auto-inoculable ; le plus souvent multiple, sa forme est ordinairement circulaire ou ovalaire ; son fond, presque toujours inégal et anfractueux est d'une teinte jaune plus ou moins foncée ; ses bords sont bien dessinés et tranchent par leur couleur rouge sur les parties voisines qui sont saines. Au bout de quelques jours son aspect se modifie à vue d'œil si bien que, lorsque sa situation est centrale, il devient très dif-

ficile à différencier des ulcérations simples. Heureusement l'exament de la vulve suffira presque toujours à lever les doutes, puisque dans 25 cas de chancres simples du col, M. Fournier (1) a trouvé 23 fois des chancres mous vulvaires, chancres faciles à diagnostiquer à l'aide de tous les caractères classiques : auto-inoculabilité ; fond déprimé, anfractueux ; suppuration abondante ; bubon inguinal, etc., etc.

Vous le voyez, Messieurs, l'histoire des ulcérations simples du col est aujourd'hui à peu près complètement élucidée. Nous savons d'une façon certaine leur origine, leur relation étroite avec l'endométrite cervicale et les ectropions; nous comprenons enfin pourquoi la thérapeutique ancienne était si souvent illusoire, qui s'attaquait aux ulcérations comme à des lésions nées sur place sans se préoccuper de guérir avant tout la muqueuse du canal cervical.

Vous vous garderez donc bien de croire qu'il suffit de modifier légèrement la surface des ulcérations du col et de les recouvrir d'épithélium pavimenteux par l'emploi des caustiques dont on abusait si étrangement il y a quelques années et dont on abuse encore. Vous vous laisserez guider par les conceptions pathogéniques que nous pouvons résumer de la manière suivante :

L'ulcération du col a perdu beaucoup de son importance depuis qu'on sait que la plupart des soi-disant ulcérations ne sont que des prolapsus ou des ectropions de la muqueuse du canal cervical ;

L'ulcération du col n'est qu'un des termes de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical ;

Elle devrait prendre le nom d'ectropion ulcéré;

Si l'on veut obtenir une guérison définitive, il faut avant tout se rendre maître de l'endocervicité qui précède l'ulcération du col et lui donne naissance.

(*A suivre.*)

(1) Voir Schwartz. Etude sur les chancres du col utérin, th. de Paris. 1873.

STATISTIQUE DE 61 CAS DE TRAUMATISMES DIVERS

Survenus pendant la grossesse et les suites de couches.

Nos d'ordre	NATURE DES TRAUMATISMES	ACC. A TERME	COMPLICATIONS	AVORTEMENTS	GUÉRISONS	MORTS
1	Phlegmon de la cuisse droite...................					Le len.de l'av.
2	Renversement par voiture sur la voie publique.		Rupt. de l'ut.	De2enf.morts		6 sem. ap. ac. Mort
3	Gangrène de la vessie, suite de rétroflexion....					
4	Manœuvres de réduction dans une rétroflexion.		Hématurie.	Avortement		
5 et 6	— — —	Acc. normal.				
7	Cloisonnement transversal de l'utérus...........		Hémorrhagie.			Mort
8	— atrésique du vagin..............		Septicémie.			id.
9	Chute sur le ventre..............................		Métrorrhagie. Gangrène.			M. sans acc.
10	Grossesse tubaire, rupture de l'utérus..........		Hémorr. int. 6e semaine.			Mort subite.
11	Hémorr. int. par érosion d'une veine utérine...		Points gangr. circonscrits.			M. sans acc.
12 13 14	Ruptures de varices pendant la grossesse......		Hém. graves.		Guérison	
15	— — —		id.			M. sans acc.
16	— 2 aut. cas semb. obs. p. M. Polaillon.		id.			Op. cés. p.m.
17	Rupture veineuse de la vulve et du vagin......		id.			id.
18	— de varices internes sans hémorrhagie..		Suf. sangu. sous-cutanée.	Enf.m.dep.8 j.		M. sans acc.
19	— — vaginales pendant le coït..		Hémor. mort.			M.sans avort. au 5e mois
20	— des vein. var. de l'ov. par cah. de voit.		Const. à l'aut.			
21	Carcinôme du col utérin.........................	Opération 8 j. après avort.		Avort. 8 m.1/2	Guérison	
22	Kyste dermoïde de l'ovaire droit....	Enl. de l'utér. avec l'ovaire.	Grossesse. prise pour rétroflexion.	Il y avait eu avort. à la gross. précéd	—	

N°ˢ d'ordre	NATURE DES TRAUMATISMES	ACC. A TERME	COMPLICATIONS	AVORTEMENTS	GUÉRISONS	MORTS
23	Fibrômes multiples de l'utérus................		Hémorrhagie. Abcès consée.	Amputation de Porro au 5ᵉ mois.	Guérison	
24	Adhérences suite d'ovariotomie...............	Au forceps.				de la mère et de l'enfant
25	Epithélioma excisé du col (en infundibulum)...			15 j. ap. op.	Guérison	
26	Disjonction des symphyses d. bass. cyphotiq...		Eclampsie. Forceps.	Acc. pr. prov.		Mort
27	Polype utérin (opéré 2 m. après avortement)...		Pas d'hémor. Opéré au 4ᵉ m.	Au 7ᵉ mois	Guérison	
28	— accompagné de grandes pertes..........	A terme			id.	
29	— avec grossesse méconnue...............	A terme	Opérée au 3ᵉ m Hém. abond.		id.	
30	Hypertrophie de la portion moyenne du col..... Chute du vagin, cystocèle, ulcér., élong., 0, 14.	Ac. pr. spont.	Forceps.		id.	
31	Ovariot. chez une femme enceinte (en. diagn.)			A. de 5 à 6 m. la n. suiv. op.		M. 18 h. ap. op.
32	Ovariotomie pendant la grossesse.............	A terme	Pédic. tordu et lés. d vais.		Guérison	
33	Calcul vésical pend. la gross., tent. d'extract..		Rétention du placenta 48 h. 3 mois après expul. calcul. par plaie.	Av. au 4ᵉ m.	id.	
34	Sept abcès à répét. de la gr. lèv. pend. gross.	A terme	Chute s. siège Ouv. chirurg.		id.	
35	Coup de feu ayant trav. l'abd., att. l'ut. et le fœt.		Hernie épipl. Périh. suraig.	Avort. le lend. Caill. ut. fœt.	G. 1 m. apr.	
36	Pl. pénétr. de l'abd. par inst. tranch. à pr. de 9ᵐ	A terme.	Hernie épipl. réd. impossib. Ligat. et chute		Guérison	

N°s d'ordre	NATURE DES TRAUMATISMES	ACC. A TERME	COMPLICATIONS	AVORTEMENTS	GUÉRISONS	MORTS
37	Perfor. de l'ut. au 9e m. par ch. sur chaise bris.	Tent. d'extr. septicémie. abcès multip.	Rupt. de l'ut. Fœtus d'abd. enkystem.		Guérison	
38	Coxalgie anc., gross., ret. de la coxalg., abcès.	A terme	Abc. 6 m. ap.		id.	
39	Chute au 6e mois, albuminurie consécutive.....	A 8 mois 1/2	Pas d'éclamp.		id.	Enf. macéré
40	Albuminurie................................		Eclampsie.	Travail prov.		Mort
41	— éclampsie (trait. médical.).........		Strabisme. Ischurie.			id.
42	— (pas d'acc. prématuré)............	8 mois 1/2	Troubles vis.		id.	
43	Diphthérie (trachéotomie)......................			Avortement		M. le lendem.
44	Glossite, desquamation de la langue...........	A terme	Disparition Retour par le travail.		id.	
45	Luxation de l'appendice xyphoïde.............	id.	Trait. s. infl.		Guér. s. péd.	
46	Fibro-adénôme du sein (opéré pend. lactation)..	id.	Ecoulement { Sang / Lait.		Guérison	
47	Cancer du sein chez femme enceinte de 3 mois.	id.	Opération.		id.	
48	Violente colère, grossesse de 6 mois..........		Purpura.	Avortement		Mort rapide.
49	Thoracentèse chez femme enceinte de 5 mois..		3 ponctions.	Av. ap. 1re p.		Mort 3e ponct.
50	Pleurésie pendant grossesse, thoracentèse......	id.	15 p. après.		Guérison	
51	Albuminurie pend. la gros. (périnéor. 5 m. apr.)	id.	Labor. forceps		id.	
52	— dans 4 grossesses successives. ...		Eclampsie.	Av. provoqué	id.	
53	Choc traumatique dans les suites de couches...	id.	Inj. intra-ut.			Mort
54	Végétations vulvaires pendant la grossesse....	id.	Op. pendant gross. récid.		Guérison	
55	— — —	id.	Pers. ap. acc.		id.	
56	— — —	id.	—		id.	
57	Tumeur érectile des gencives..................	id.			G. sp. apr. acc.	
58	— labiale...............................	id.			id.	
59	Arthropathie à répét. chez une femme acc. ant.	id.	Abc., nécrose.		Guér. finale	
60	Déchirure du périnée (métropathie)...........	id.	Op. 2 m. après		id.	
61	— — (scrofule infantile).......	id.	Op. 137 j. apr.		Guér. 1re int.	

Maintenant, analysons rapidement cette statistique :

Si nous admettons tout d'abord deux grandes divisions, les auto-traumatismes ou traumatismes venant de la femme elle-même et les hétéro-traumatismes, ou accidents provenant exclusivement de l'extérieur, nous trouvons dans les premiers, 52 cas qui se répartissent ainsi : 1 phlegmon de la cuisse, 4 rétroflexions, 2 malformations, 1 grossesse tubaire, 10 ruptures veineuses, 2 affections cancéreuses de l'utérus, 1 idem du sein, 3 affections kystiques avec ovariotomie, 4 fibromes ou polypes, 1 adhérence suite d'ovariotomie, 1 disjonction des symphyses, 1 allongement hypertrophique du col, 1 calcul vésical, 1 abcès à répétition de la grande lèvre, 1 coxalgie avec abcès, 5 albuminuries spontanées, 1 diphthérie, 1 glossite, 1 luxation de l'appendice xyphoïde, 1 tumeur adénoïde du sein, 1 cas de violente colère ayant déterminé un purpura, 3 cas de végétations vulvaires, 2 tumeurs érectiles, 1 arthropathie avec abcès et névrose et enfin 2 cas de pleurésie avec thoracentèse pendant la grossesse.

Sur ces 52 cas il y eut 14 avortements (nos 1, 4, 18, 21, 25, 26, 27 31, 33, 40, 43, 48, 49 et 52) dont 7 suivis de mort (nos 1, 26, 31, 40, 43, 48, 49). Il y eut en outre 15 autres cas de mort sans être précédés d'avortements (nos 3, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 20, 24, 39, 41, 53).

On trouve aussi 35 femmes guéries ayant ou n'ayant pas avorté (nos 12, 13, 14, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 60 et 61).

Les femmes qui allèrent à terme furent au nombre de 25, (nos 5, 6, 28, 29, 32, 34, 36, 38, 39, 42, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60 et 61). Une accoucha prématurément (no 30), une subit l'opération de Porro (no 22). Celles dont les traumatismes furent compliqués soit par des opérations nécessitées par le traumatisme lui-même ou par l'accouchement, soit par d'autres accidents, sont au nombre de 38 (nos 2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 51, 52, 54 et 59). 4 fois les complications ne se montrèrent qu'après l'accouchement (nos 33, 38, 46, 50) ou persistèrent après deux fois (nos 55 et 56). Les cas les plus graves de

complications entraînèrent 14 morts (n^{os} 1, 2, 3, 7, 8, 10, 11, 19, 24, 26, 40, 41, 48 et 49). 3 succombèrent plus ou moins directement au traumatisme primitif sans qu'il y eût aucune complication (n^{os} 1, 3, 20). Il y eut 2 cas d'ovariotomie dont un (n° 31) suivi d'avortement et de mort de la mère 18 h. après l'opération; l'autre suivi de guérison (n° 32) et deux cas dans lesquels on pratiqua l'opération césarienne post mortem (n° 16 et 17). Enfin, je note dans la colonne des guérisons 28 cas (12, 13, 14, 21, 22, 23, 25, 27, 28,29, 30, 32, 33, 34, 38, 42, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 58, 59). Quant aux femmes ayant accouché d'enfants vivants à terme ou près du terme, la statistique en donne 20 (n^{os} 2, 28, 29, 30, 32, 34, 38, 42, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 58 et 59).

Tels sont les faits contenus dans la première partie de cette statistique.

Si maintenant nous considérons les traumatismes venant de l'intérieur, nous trouvons: 1 renversement par une voiture (n° 2), 3 cas de chute sur l'abdomen dont un a déterminé une albuminurie et un autre une perforation utérine (n^{os} 9, 37, 39), 1 choc traumatique dans les suites de couches (n° 53), 1 plaie par instrument tranchant (n° 36), 1 autre par coup de feu (n° 35) et deux déchirures du périnée (n^{os} 60 et 61).

Ces 9 cas comportent 6 traumatismes ayant agi pendant la grossesse et 3 après l'accouchement. Le n° 2 a déterminé une rupture de l'utérus, l'enkystement de l'enfant et la mort de la mère ; le n° 9 une métrorrhagie, gangrène et la mort avant l'accouchement ; le n° 37, malgré la rupture de l'utérus et l'enkystement du fœtus, fut suivi de guérison ; le 39 nous fait voir un enfant macéré, mais une femme guérie. Les n^{os} 35 et 36, malgré la gravité du traumatisme, nous font voir deux cas de guérison.

Enfin, dans les observations 53, 60 et 61, où le traumatisme n'a agi qu'après l'accouchement, nous trouvons deux guérisons (60 et 61) et un cas de mort à la suite d'une injection intra-utérine (n° 53). Tel est le bilan complet de notre statistique.

Faut-il tirer de ces faits des conséquences pratiques? en d'autres termes, des conclusions sont-elles nécessaires? Nous ne le pensons pas.

Bien qu'en général l'utilité d'un travail de ce genre doit se résumer dans les conclusions, nous croyons tous ces faits trop disparates pour pouvoir être comparés entre eux et pour que nous puissions arriver par cette comparaison à des conséquences pratiques. Des pommes et des noix additionnées ne feront toujours qu'un même nombre de pommes et des noix.

Mais nous pouvons retenir de cette statistique, à titre de renseignements, que les auto-traumatismes les plus graves peuvent ne pas être suivis d'accidents du côté de l'enfant, et laisser à la mère des chances de guérison ; que ces traumatismes, toutefois, sont plus dangereux lorsqu'ils atteignent la zone génitale que la partie supérieure du corps.

Quant aux traumatismes externes, s'ils surviennent avant l'accouchement, il est rare que la femme et l'enfant échappent à leurs conséquences ; mais s'ils surviennent pendant ou après l'accouchement, ils guérissent en général très bien s'ils sont inhérents à la femme elle-même, comme par exemple les déchirures du périnée, à la condition pourtant que l'opération soit remise après l'expiration de la puerpéralité ; mais s'ils sont extérieurs, ces traumatismes entraînent des accidents d'autant plus redoutables qu'ils sont inattendus et restent pour ainsi dire inexpliqués, telle fut l'injection intra-utérine suivie de mort du n° 53 de la présente statistique.

Dr E. VERRIER.

DE LA MASTURBATION CLITORIDIENNE

Par LAWSON TAIT, professeur de gynécologie au Queen's Collège de Birmingham.

—

La masturbation est habituellement entourée d'un tel mystère, les autorités médicales en parlent si rarement et d'une manière si incomplète, qu'il n'est pas facile de se rendre compte de l'étendue de ce vice, de reconnaître ses victimes, et de lui suggérer un remède. Quand on le découvre dans une famille ou dans une école, il fait tellement horreur qu'on le cache tout de suite, qu'on

l'étouffe, au lieu de le traiter comme une maladie, comme cela devrait toujours être. Et les malheureux enfants qui sont pris sur le fait sont regardés comme étant plongés dans l'immoralité la plus dégradante. Qu'il me soit permis, à ce propos, de faire remarquer qu'il est triste que toutes les questions sexuelles soient cachées aux enfants jusqu'à la puberté et qu'ils soient conduits ainsi à les découvrir par eux-mêmes, ce qui amène souvent des résultats désastreux.

L'un des résultats les plus pratiques de la découverte de Darwin (que l'homme descend des animaux qui ont vécu avant lui) a été de démontrer que les instincts sexuels, ou, comme on dit encore, très malheureusement, les *passions* sexuelles sont les plus puissants de tous les instincts que les nécessités de l'existence animale ont développés. Le mot passion est mauvais, autrement, nous pourrions dire tout aussi bien la *passion* respiratoire, la *passion* circulatoire. De même que ceux dont le sang circule le mieux ont les meilleures chances de survivance dans la vie ; de même, ceux qui ont la meilleure facilité de procréation remplissent bien mieux leur rôle dans la lutte pour le maintien de la race, de l'espèce, de la grande chaîne de la vie ellemême. Tous les organes les mieux développés qui s'adaptent à la lutte ont pour but le succès sexuel.

L'instinct sexuel est ainsi devenu partout dans le plan de la création la grande arme de l'évolution. Le contrôler, le modérer convenablement, le diriger judicieusement, c'est maintenant un des grands objets de la civilisation, objet qu'il faut toujours chercher à atteindre. Mais je doute fort que certaines des méthodes employées à cet effet soient raisonnables.

L'organisme femelle n'a jamais été que le simple véhicule où mûrit l'œuf, le réceptacle de le semence fécondante du mâle ; la femelle a, en un mot, dans l'acte de la reproduction, un rôle pour ainsi dire passif. On lui demande seulement d'avoir assez d'instinct ou de passion sexuelle pour indiquer au mâle le moment où il peut accomplir son rôle le plus efficacement. Le rôle du mâle est, au contraire éminemment actif : une tendance cons-

tante à l'agression lui est nécessaire, de façon à ce qu'il soit prêt au moment voulu.

De plus, la lutte pour la survivance des mieux appropriés a toujours existé dans sa plus extrême sévérité parmi les mâles des animaux, et d'une façon partielle seulement chez les femelles, en sorte qu'il en est résulté que le plus puissant physiquement a été regardé aussi comme le plus puissant au point de vue sexuel. Les prix énormes que les éleveurs donnent pour les meilleurs mâles, comparés à ceux qu'atteignent les meilleures femelles, en sont une preuve éclatante. En fait, parmi d'innombrables générations de tous les animaux, l'instinct sexuel, plus que tous les autres, a été développé chez le mâle par l'élimination constante des moins capables et le succès consécutif de ceux qui étaient les plus aptes à la reproduction. Chaque arme offensive ou défensive que possèdent les animaux, depuis l'ergot du coq jusqu'aux crocs du tigre, a pour rôle de permettre à son possesseur de prendre part avec succès à la lutte sexuelle. Même dans la vie civilisée, où le meilleur moyen de posséder la richesse est de faire un bon mariage, les filles de notre race choisissent les compétiteurs les plus heureux (c'est-à-dire les plus riches), comme la tigresse choisit le mâle victorieux.

Il est encore important de faire remarquer que les femelles des animaux résistent aux avances des mâles trop jeunes; car leur instinct leur indique que les produits de ces derniers n'ont pas la résistance des produits des mûrs. Quiconque a élevé des volailles a remarqué comme les jeunes coqs font de bonne heure des avances aux poules et avec quelle persistance ces dernières les refusent jusqu'à ce qu'ils aient atteint leur complète maturité.

Si l'on compare l'homme à l'animal, on comprend aisément que l'instinct sexuel soit très puissamment développé chez l'homme, alors qu'il est relativement faible chez la femme. Il n'est donc pas surprenant que la masturbation, très commune chez les garçons, soit comparativement rare chez les filles. Si nous en croyons certains auteurs (et je suis disposé à le faire), les garçons découvrent ordinairement la masturbation par eux-mêmes, et bien peu ne sont pas atteints de ce vice. Je suis tout à fait certain, par

contre, que la pratique de la masturbation est chez les filles le résultat d'une contamination morale. Presque toujours c'est d'une amie plus âgée que les petites filles apprennent la masturbation. Cependant, elles peuvent également la découvrir : j'ai, en effet, observé deux fillettes, l'une de quatre ans, l'autre de six ans, chez qui il était absolument impossible de trouver l'origine de la contamination et chez qui d'ailleurs on ne put faire disparaître la masturbation. Elles étaient toutes deux d'une intelligence défectueuse, condition que je regarde comme une des causes et non un des résulats du vice, contrairement à ce qu'on dit généralement. Je le regarde comme une réversion morale, car personne n'a observé les habitudes des singes sans avoir remarqué que la masturbation est universelle chez eux quand ils sont enfermés. On ne sait si elle est pratiquée par eux dans les bois où ils sont nés; je pense plutôt qu'elle est le résultat de leur vie luxueuse. La paresse et le luxe ont toujours provoqué la luxure chez les singes comme chez l'homme.

Entre la période de puberté et l'époque où les jeunes gens peuvent légitimement donner carrière à leurs tendances instinctives, il y a un certain nombre d'années pendant lesquelles leurs glandes sexuelles sont actives et les tourmentent, ils trouvent alors un moyen de se soulager. Pareille chose n'existe pas chez la femme ; le produit des glandes sexuelles s'éliminant naturellement.

Une fois que la masturbation s'est établie, il n'y a aucun doute que l'économie n'en ressente de graves inconvénients, s'il y a abus.

On rencontre les effets les plus pernicieux quand une réunion de femmes, une école de jeunes filles, par exemple, vient à être contaminée.

Bien souvent j'ai été consulté pour des épidémies de ce genre, aussi bien chez des garçons que chez des filles ; j'ai toujours éprouvé les plus grandes difficultés à persuader à ceux qui dirigeaient l'école que la masturbation était une perversion physique et non morale, et que le meilleur remède était, non pas de dire aux pauvres enfants qu'ils étaient en train de damner leurs âmes,

mais qu'ils portaient un sérieux préjudice à leurs corps, et de leur expliquer la nature et le rôle de la fonction dont ils abusaient. Une fois, la directrice d'une grande école de jeunes filles suivit mon conseil et obtint les meilleurs résultats.

Les mauvais effets de la masturbation semblent avoir été grandement exagérés grâce au silence de ceux qui connaissaient bien la question ; cela a permis que ce sujet désagréable tombe entre les mains de ceux qui vivent en spéculant sur l'ignorance et les infortunes de leurs semblables. Certes, elle peut avoir des conséquences très graves, sinon funestes chez l'homme, en bien des circonstances, principalement chez les individus d'une constitution faible. Chez la femme, je ne pense pas qu'elle soit généralement poussée assez loin pour qu'il en résulte de très grands dommages, et je crois qu'on peut faire disparaître ce vice en expliquant aux jeunes filles, d'une manière raisonnable, tous les inconvénients que peut leur faire courir la masturbation.

J'ai eu à soigner jadis une jeune femme qui avait été élevée dans un couvent, en Belgique, où sévissait la pratique de la masturbation. Elle avait été contaminée à quatorze ans, et depuis, elle n'avait cessé de se masturber, bien qu'elle fût mariée et mère de plusieurs enfants. Elle a maintenant quarante ans et jouit d'une excellente santé.

Mais à côté de cet exemple, je citerai l'observation de deux jeunes femmes, blondes, délicates, que j'ai soignées pendant des années. Toutes deux avaient été corrompues dès leur jeune âge à l'école. Chez l'une, l'exercice immodéré de la masturbation au moment d'une période menstruelle avait occasionné une hématocèle dont la malade ne s'est jamais complètement remise et qui l'a rendue stérile. Chez l'autre, un excès semblable produisit quelque temps après le mariage un avortement ; plus tard, toujours par la même cause, survint une hématocèle qui s'accompagna de périmétrite. Les accidents inflammatoires péri-utérins se sont, dans la suite, manifestés à plusieurs reprises, occasionnés toujours par la masturbation. Ni dans l'un, ni dans l'autre de ces cas, les conseils que j'ai donnés n'ont été suivis ; fort heureusement, c'est là une exception.

C'est habituellement avec le doigt que se pratique la masturbation; mais j'ai découvert une série d'autres modes, d'un caractère particulièrement dangereux pour l'économie.

Que doit-on faire quand on veut faire disparaître ce vice? Chez les jeunes enfants la masturbation est souvent associée à un développement mental incomplet ; il faut surveiller d'une manière toute particulière ces enfants. Dans les écoles de garçons ou de filles, le système des lits séparés doit être employé ; il faut empêcher les enfants, dans quelque circonstance que ce soit, de coucher avec des domestiques. C'est là, en effet, une des principales sources de contamination.

Dans les cas invétérés, chez les jeunes filles, quand tous les moyens ont échoué, on peut tirer quelques avantages de la clitoridectomie ; je ne l'ai pratiquée qu'une seule fois. Il est certain que le point principal de l'excitation locale dans l'acte sexuel est le clitoris, et cela suffit pour justifier la clitoridectomie dans les cas particulièrement graves. A ce propos, voici une histoire des plus étranges et des plus tristes.

Il y a quelque trente ans, vivait à Londres un chirurgien d'une grande habileté, M. Backer Brown, ovariotomiste distingué. Ce n'était pas un observateur très attentif, ni un logicien parfait. Il avait trouvé qu'un grand nombre d'épileptiques à moitié fous, se masturbaient, et que la masturbation était, chez les femmes, principalement produite par l'excitation de la membrane muqueuse qui entoure et recouvre le clitoris. Faisant de graves omissions dans son syllogisme, et mettant la charrue avant les bœufs, il arriva à cette conclusion que l'ablation du clitoris devait mettre fin à l'habitude pernicieuse et par conséquent guérir l'épilepsie. Il fit la clitoridectomie dans un grand nombre de cas, car l'épilepsie est très commune, et les malades qui en sont atteints consentent à toute opération qui leur promet un espoir de guérison.

Sans aucun doute, il y eut dans bien des cas une amélioration passagère ; de même qu'il y a des cas d'épilepsie qui ont été améliorés pendant un certain temps par la castration, chez l'homme ; par l'ablation des annexes de l'utérus, chez la femme ; par la

trépanation dans les deux sexes. De plus, l'opération de M. Baker Brown, ne produisait aucune mortalité, et la diminution de l'excitation sexuelle chez un grand nombre d'épileptiques, même pour un court intervalle de temps, était en elle-même une bonne chose. Malheureusement M. Backer Brown alla trop loin, cela était dû à ce qu'étant atteint d'un ramollissement cérébral, il était incapable d'avoir un jugement sain. Sa maladie ultérieure et sa mort le prouvèrent bien. Je possède une grande quantité de documents, qui verront un jour la lumière, et qui feront connaître l'histoire de ce malheureux homme d'une façon toute différente de celle où on la connait aujourd'hui. Comme résultat de la maladie dont il était atteint, il refusa les conseils de ses collègues et du comité de son hôpital et finit pas s'attirer des désagréments de la part des commissaires de la folie (Commissioners of Lunacy), pour avoir changé les conditions dans lesquelles les fous peuvent être enfermés dans des endroits qui ne sont pas faits pour les recevoir.

Ceci n'aurait sans doute eu aucune importance si M. Baker Brown n'avait été un ovariotomiste heureux et s'il n'avait été poursuivi par un rival impitoyable.

Les autorités de la *Société d'obstétrique* furent saisies de l'affaire et M. Baker Brown fut expulsé de la Société par suite de l'acharnement de son rival. C'est avec regret qu'on contemple, aujourd'hui, après vingt ans, la ruine de M. Brown. Les voix de ses collègues, qui connaissaient l'état maladif de son cerveau, auraient dû prendre des mesures moins énergiques qui n'auraient pas jeté un certain discrédit sur la profession, dont M. Baker Brown était un ornement distingué.

Cette opinion, je le prédis, sera le jugement d'une autre génération, quand tous les acteurs du drame auront disparu.

La décision de la *Société d'obstétriquc* amena, comme c'était à prévoir, l'abandon de la clitoridectomie ; je n'ai jamais entendu dire à un chirurgien qu'il ait pratiqué cette opération depuis 1867. Cependant je suis certain qu'en bien des circonstances elle est utile. Je l'ai pratiquée une fois, ai-je dit, sous l'instigation du docteur Thursfield, de Bridgnorth. Une lettre que j'ai reçue,

deux ans après l'opération, justifie pleinement mon intervention.

« Mon cher Tait,

» Vous vous rappelez que je vous ai dit que, dans les premiers mois qui suivirent l'opération, la malade était ennuyée de l'avoir subie. Quelque temps après, sa santé s'améliora, et aujourd'hui je suis heureux de vous apprendre qu'elle est très bien au point de vue physique et moral.

» Elle est gouvernante des enfants de sa sœur, et la dernière fois que je la vis, je ne l'ai pas reconnue, tant elle avait bonne mine. Mon opinion est que, sans l'opération, elle se serait suicidée ou aurait fini par être enfermée.

« THURSFIELD. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin

Présidence de M. POLAILLON

TUMEUR DU LIGAMENT LARGE

M. TILLAUX. — En vous entretenant, dans la dernière séance, de la malade sur laquelle je venais d'enlever une tumeur fibreuse développée dans le ligament large, et accompagnée d'un énorme varicocèle des veines ovariennes, j'ai pensé qu'il était d'autant plus intéressant de les faire connaître que ces tumeurs ne se présentaient pas fréquemment. Aussi ai-je été surpris de voir que telle n'était pas l'opinion de M. Lucas-Championnière. De pareilles tumeurs sont cependant des cas exceptionnels ; il en est au moins ainsi pour le varicocèle.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Ce n'est pas contre la rareté de ces tumeurs que je me suis élevé, mais contre une assertion qu'on a émise au sujet du manuel opératoire. Il en a, nous a-t-il dit, pratiqué l'ablation et n'a pas fait de drainage. Or ce n'est pas

là une pratique très exceptionnelle ; on a déjà publié un certain nombre d'observations de tumeurs différentes des ligaments, dont l'ablation a été suivie de guérison, sans qu'il ait été nécessaire de drainer.

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS.

M. MONOD. — Je ne veux pas de nouveau raviver la discussion qui s'est élevée au sujet du traitement des fibrômes utérins à l'occasion de la malade dont je vous ai parlé dans la dernière séance ; mais je tiens à rappeler qu'en rapportant l'histoire hémorrhagique post-opératoire de cette malade, je n'ai pas voulu la présenter comme un exemple de femme continuant à être réglée malgré l'ablation de ses ovaires. J'ai voulu appeler l'attention sur les hémorrhagies plus ou moins abondantes et irrégulières qui se sont montrées à plusieurs reprises après la castration.

Le point de pathogénie réservé, et quelle que soit l'interprétation à laquelle on se rallie dans le fait que j'ai cité, je tiens à déclarer que je n'ai pas eu l'intention de faire le procès de la castration. Malgré les réserves que j'ai exprimées, pareille généralisation n'est pas entrée dans mon esprit.

M. POLAILLON. — Tous les fibrômes qui se développent aux dépens de l'utérus ne doivent pas être considérés, au point de vue opératoire, sous le même aspect, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer dans cette discussion ; aussi serait-il utile d'en dresser une classification générale ; toutefois, il nous semble possible, dès maintenant, de les envisager de deux façons, suivant qu'ils ne sont pas ou sont accompagnés d'hypertrophie des parois de l'utérus avec augmentation de sa cavité.

Lorsque l'on a affaire à des fibrômes, simples pour ainsi dire, et que l'on a reconnu qu'il n'y a ni augmentation d'épaisseur des parois utérines, ni agrandissement de la cavité de l'organe, la castration ne me paraît pas indiquée, car elle est impuissante à obtenir la diminution de volume du corps fibreux, c'est une opération qui n'atteint pas, dans ces cas, le but que l'on se propose.

Il n'en est pas de même pour les fibrômes qui rentrent dans la deuxième catégorie : en même temps que ces tumeurs se développent, l'utérus tout entier augmente de volume, sa cavité s'agrandit et souvent d'abondantes hémorrhagies surviennent ; en

pareille circonstance l'oophorectomie peut être avantageuse, car si l'on n'obtient pas une guérison totale, on assiste, sinon à l'atrophie de la tumeur, du moins à la diminution de l'hypertrophie utérine et à la disparition des hémorrhagies et des accidents concomitants.

C'est dans ce dernier groupe de fibrômes que je rangerai ces cas dont j'ai déjà parlé sous le nom de gigantisme utérin.

Chez les femmes qui présentent ces exemples de corps fibreux, l'utérus offre une hypertrophie énorme ; son volume atteint dix, quinze, vingt fois celui qu'il a à l'état normal. Sa cavité est considérablement augmentée et fréquemment, elle verse le sang à flots ; soit que ces hémorrhagies fassent irruption au moment des règles, ou dans leur intervalle, qu'elles apparaissent spontanément ou qu'elles soient provoquées par une excitation ou un traumatisme quelconque, elles peuvent causer un sérieux et rapide danger. Il faut promptement intervenir, et la meilleure ressource est la castration, dont les résultats sont, en pareil cas, excellents.

J'y ai eu recours, l'année dernière, pour un fait de cette nature, et après l'opération, j'ai vu les hémorrhagies se tarir, l'utérus fondre sous mes yeux et reprendre peu à peu son volume normal. Mais on n'obtient pas toujours un pareil succès, et, bien que l'oophorectomie semble devoir être préférée comme moyen de traitement pour les tumeurs compliquées que je viens de signaler, elle expose quelquefois pourtant à de graves dangers. Chez une de mes malades, chez laquelle j'avais fait la castration à droite, et à gauche seulement la ligature, j'ai vu le corps fibreux se sphacéler et la mort s'en suivre.

En résumé la castration peut rendre des services ; mais elle ne doit être pratiquée qu'avec prudence. Tout en ne la rejetant pas, je me sens plutôt attiré vers l'hystérectomie que je regarde comme moins dangereuse et qui m'a donné d'excellents résultats, puisque sur dix opérées je n'en ai perdu que deux, dont une était tellement exsangue le jour de l'opération qu'il y avait peu d'espoir de la sauver.

Parmi les reproches que l'on a adressés à l'hystérectomie, il en est un qu'il est facile de détruire. On a prétendu que parfois on ne pouvait faire l'ablation totale de toute la tumeur et qu'on était obligé d'en laisser une portion. Le fait est vrai, mais de peu d'im-

portance ; car souvent il se produit un sphacèle du pédicule et avec la chute de ce dernier il y a également énucléation des débris de la tumeur : j'en ai eu deux exemples favorablement terminés.

Il peut encore arriver qu'en enlevant le fibrôme, on ouvre la cavité utérine, c'est ce que l'on voit assez souvent lorsqu'il y a hypertrophie de l'organe ; on ne doit pas trop s'en préoccuper, car la cicatrisation de la plaie utérine se fait facilement, et l'obturation a lieu sans accident : pourtant j'ai vu, dans un cas, cette cicatrisation arrêtée par un deuxième corps fibreux sous-muqueux, qui est venu s'énucléer par cette brèche opératoire.

Je ne voudrais pas, en terminant, poser des règles absolues, le volume du fibrôme, les hémorrhagies auxquelles il peut donner lieu, l'état des parois de l'utérus, la capacité de sa cavité que le cathétérisme sera propre à révéler, sont les facteurs principaux qui doivent faire opiner entre la castration et l'hystérectomie d'emblée.

M. Bouilly.— J'estime qu'il n'y a aucun point de comparaison à établir entre ces deux opérations, l'oophorectomie et l'hystérectomie abdominale. Chacune d'elles a des indications spéciales, particulières, qui doivent être respectées. La castration s'adresse à une certaine catégorie de corps fibreux, pour lesquels il serait inutile d'enlever l'utérus dans sa totalité ; en m'exprimant ainsi, je fais particulièrement allusion à ces fibrômes, dont le volume n'est pas très considérable et qui s'accompagnent de sérieuses hémorrhagies. D'ailleurs, la castration est en général facile, le plus souvent praticable, nullement aussi dangereuse qu'on vient de le prétendre, et elle a ce double avantage de faire disparaître les pertes de sang et de faire diminuer le volume de la tumeur.

Au contraire, a-t-on sous les yeux une énorme tumeur, qui a modifié la situation des annexes de l'utérus ? Est-on en présence de ces cas, dans lesquels les manœuvres, pour la recherche des ovaires, seront longues, laborieuses et dangereuses ? Ce n'est plus alors l'oophorectomie qui doit être l'opération de choix, mais l'hystérectomie.

Je ne voudrais pas m'étendre plus longuement sur les indications de cette dernière intervention ; cependant je vous demande la permission d'ajouter quelques mots au sujet de ces cas d'utérus gigantesques, dont vient de nous entretenir M. Polaillon. Si,

dans certaines circonstances, il est facile de les reconnaître et d'apprécier l'étendue de la cavité utérine, on ne doit pourtant pas perdre de vue qu'un fibrôme de moyen volume peut aussi s'accompagner d'une augmentation de la cavité, et, d'autre part, qu'il peut y avoir des altérations hypertrophiques des parois utérines coexistant avec des affections autres que les fibrômes.

J'en ai eu dernièrement deux exemples que je résume brièvement. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans, qui présentait des hémorrhagies utérines depuis deux ans. En l'examinant, je constate à gauche une tumeur fluctuante que je regarde comme un kyste, et sur la ligne médiane, une tumeur dure, qui me rappelle un utérus fibromateux.

J'ouvre le ventre, je fais l'ablation du kyste, et j'aperçois sur la ligne médiane un utérus volumineux très régulièrement développé, ce qui me fit penser tout d'abord à une grossesse de quatre mois environ ; mais il n'en était rien, car après l'opération, ces hémorrhagies ont disparu, et cet utérus qui présentait les caractères du gigantisme utérin a rapidement fondu.

Chez une autre jeune femme, pareil fait s'est présenté. Après avoir fait l'ablation de deux kystes ovariques, j'ai assisté de jour en jour à la diminution de l'utérus, qui offrait un développement considérable, mais régulier ; c'était un deuxième cas de dégénérescence fibromateuse de l'utérus. Or, dans ces cas, c'est la castration seule qui doit être mise en pratique.

En résumé, il ressort de ce que l'on observe qu'il est souvent difficile de faire un diagnostic exact, quant à l'étendue de la cavité utérine, et que pour faire prendre une décision opératoire, il vaudrait peut-être mieux prendre les hémorrhagies en considération.

M. Lucas-Championnière. — Je ne puis souscrire à l'opinion de M. Polaillon au sujet de la gravité de la castration. Cette opération n'est pas aussi dangereuse qu'il le dit ; j'ai pu m'en convaincre par mes faits personnels, et c'est également l'opinion des chirurgiens qui l'ont souvent pratiquée.

Quant aux indications que le même orateur a posées en faveur de chacune des deux opérations, elles ne s'appuient pas sur des faits assez nombreux pour qu'elles doivent être admises sans conteste.

Par exemple, il est impossible d'affirmer que tel corps fibreux

ne diminuera pas après la castration. Je me suis tout récemment trouvé en présence d'un de ces cas, contre lequel l'oophorectomie me donnait peu d'espoir, et cependant, elle a réussi ; j'avais reconnu la présence d'un fibrôme intra-utérin assez volumineux, l'ablation eût pu en être faite, mais il est probable que l'opération eût été longue et difficile ; j'ai pratiqué, il y a quinze jours, l'ablation des ovaires et ces hémorrhagies qui duraient, depuis trois ans ont disparu.

Néanmoins je ne crois pas qu'on puisse se prononcer actuellement d'une façon absolue pour ou contre ces opérations ; c'est à l'avenir à juger la question et parmi les dix hystérectomies que M. Poleillon a faites, il en est quelques-unes qui, j'en suis persuadé, auraient peut-être été justiciables de la castration, opération bien moins grave, je le répète, que l'ablation de l'utérus.

M. Terrier. — Je me range à l'opinion de M. Lucas-Championnière et ne puis admettre celle de M. Polaillon. Il est certain que l'hystérectomie abdominale est une opération des plus graves : actuellement elle donne au moins 50 % de mortalité ; c'est une opération dangereuse, ce que l'on ne peut pas dire de la castration, du moins toutes les fois que les annexes ne sont pas malades ; il est vrai que, s'il y a quelques lésions de ces annexes, il faut faire quelques réserves ; mais, même dans ces cas l'oophorectomie n'offre jamais autant de gravité que l'hystérectomie. Quant à établir maintenant une ligne de conduite devant les cas différents qui se présentent, il me paraît difficile de la tracer d'avance ; il faut attendre que l'expérience fournisse des données suffisantes.

M. Polaillon. — Assurément le mieux est d'enregistrer tous les faits qui se présentent ; ils s'ajouteront à ceux de M. Tillaux et aux miens, pour lesquels j'ai cru bon de pratiquer l'hystérectomie dont les résultats ont été favorables. C'est dans l'avenir que nous pourrons nous fixer des règles opératoires plus pratiques.

M. Segond. — Dans cette discussion sur la castration ovarienne, sur le traitement des fibrômes utérins, à propos duquel s'est élevé un débat, que je suis heureux d'avoir provoqué, je n'ai eu en vue dans ma communication que le traitement des fibrômes, de petit et moyen volume.

On a donné plus d'ampleur à la question, on s'est occupé des fibrômes énormes, justiciables de l'hystérectomie abdominale et

de l'hystérectomie vaginale. C'est un point particulier du traitement de ces tumeurs que je négligerai aujourd'hui ; je n'ajouterai qu'un mot à ce sujet ; personnellement, je me range à l'avis de la plupart de mes collègues, à savoir que l'hystérectomie est une opération très grave : j'ai eu l'occasion de la faire dix fois, et j'ai eu cinq morts; il est juste d'ajouter que sur ces dix cas, il n'y en a que six qui peuvent être comparés. Or, de ces six amputations supra-vaginales, trois ont été pratiquées avec réduction du pédicule ; j'ai perdu deux de mes malades; pour les trois autres, qui ont été suivies de guérison, il y a eu fixation du pédicule.

Mais je ne veux pas m'étendre plus longtemps sur cette question générale, qui m'entraînerait à répondre à M. Richelot, au sujet des hystérectomies vaginales, dont il a parlé, et à m'occuper de ces cas gigantesques dont nous a entretenus M. Polaillon. On pourrait même aller encore plus loin et discuter l'opportunité de ce traitement pour l'endométrite?

Je me bornerai aujourd'hui à répéter, avec M. Terrier, que je regarde les ligatures atrophiantes comme un moyen pouvant être très avantageux, et que je suis prêt à l'occasion à les mettre en pratique. On peut espérer qu'elles serviront à faire diminuer le nombre des opérations radicales, lorsque, pour pratiquer ces dernières, il faudra surmonter de très grandes difficultés.

Relativement à cet autre point de médecine opératoire, la suture abdominale, MM. Lucas-Championnière et Richelot se sont faits les défenseurs de la suture en étages qui, probablement, aurait trouvé dans M. Pozzi, s'il eût été présent, un autre partisan. Qu'elle donne d'excellents résultats, je ne le conteste pas, mais qu'elle soit toujours applicable, c'est plus discutable, et j'attends la réponse de l'avenir. Avec les sutures profondes et superficielles, en comprenant toute l'épaisseur de la paroi, j'ai eu des résultats très bons : aussi je pense qu'il faut encore attendre avant de préconiser exclusivement l'une ou l'autre de ces méthodes. Pour éviter la désunion, que M. Terrier a, comme moi, observée, on peut reculer de quelques jours l'ablation des fils superficiels, et, au besoin, faire usage de la suture sèche, à propos de laquelle je me sépare de M. Lucas-Championnière, qui craint qu'elle ne provoque la suppuration. Il faut, comme je l'ai fait pour les dix cas que j'ai opérés, avoir soin que les petites plaies ne soient nullement en rapport avec les pièces de réunion.

De l'avis presque unanime de ceux qui viennent de prendre la parole, il résulte que l'un des effets de la castration est d'atrophier, dans une notable mesure, les corps fibreux : mais il est un certain nombre d'objections qu'on a élevées contre elle ; c'est à quelques-unes d'entre elles que je me propose de répondre maintenant. D'après M. Tillaux, la castration est difficile, elle ne donne pas entièrement satisfaction aux malades qui conservent leurs tumeurs ; elle est impuissante, dans un certain nombre de cas, à remédier aux accidents qui existent ; enfin, elle n'est pas dépourvue de dangers.

Si la castration présente quelquefois certaines difficultés, ce qui est vrai, ses partisans eux-mêmes sont les premiers à l'abandonner ; ils n'y ont recours que lorsque l'opération peut être menée facilement à bonne fin ; l'objection tombe donc d'elle-même. Il en est également ainsi de la déception que peut éprouver la malade et sa famille, lorsqu'ils apprennent qu'au lieu de l'ablation de la tumeur on a pratiqué une autre opération. C'est en réalité un argument de peu de valeur, si dans l'avenir les résultats sont favorables.

Quant à l'impuissance de l'oophorectomie, s'il faut en partie l'admettre à l'égard des gros fibrômes, elle n'existe pas, lorsqu'il s'agit de tumeurs très douloureuses, et j'ai d'autant plus lieu de croire qu'elle doit réussir qu'elle est avec raison indiquée dans les phénomènes douloureux de la dysménorrhée. Or, ne sont-ce pas là des cas qui méritent d'être rapprochés les uns des autres ? Enfin, cette opération ne présente pas la gravité qu'on lui a accordée, et en présence d'un malade dont le salut est dans une intervention, c'est d'abord à elle que je songerais, en cas d'impossibilité de l'hystérectomie. Ce serait, de ma part, un abus de discuter si des hémorrhagies persistant après l'ablation des ovaires, sont d'origine utérine ou dues à quelques débris restants de l'ovaire.

Cette dernière cause peut assurément être invoquée, mais quand une affirmation se fait jour, pareille à celle que nous a donnée M. Monod, je ne vois pas de motifs de ne pas adopter l'opinion de notre collègue, à moins que l'on ne suppose que son opérée était pourvue d'ovaires surnuméraires. Si je me place au point de vue des indications opératoires, on est d'accord sur un certain nombre de points que je ne rappellerai pas, car l'accord est bien près d'être fait.

Quant aux difficultés que l'on peut rencontrer chemin faisant, il me semble que quelques-unes peuvent être facilement vaincues. Mais, si elles sont trop nombreuses, s'il faut faire appel à une trop grande habileté opératoire, peut-être y a-t-il avantage à substituer l'hystérectomie à la castration ? Jusqu'alors, il ne me semble pas possible de poser des règles, et j'en dirai tout autant devant ces exemples de fibrômes avec augmentation de la cavité utérine, dont le sondage est loin de donner de sûrs renseignements. C'est une question à l'étude encore différemment envisagée, ainsi que le prouvent les opinions dissemblables de MM. Terrillon et Polaillon.

Quoi qu'il en soit des détails qui ont surgi dans cette discussion, le fond de la question est resté tel que je l'ai exposé. La castration est une bonne opération, et ses résultats seront encore meilleurs le jour où ses indications seront nettement posées, et où le nœud de la question, les difficultés opératoires, sera mieux connu.

Séance du 20 *juin* 1888.

INVERSION UTÉRINE IRRÉDUCTIBLE.

M. Tillaux. — M. Le Prévost (du Havre) vous a envoyé l'observation d'une amputation de l'utérus par la ligature élastique, qu'il a pratiquée pour une inversion utérine irréductible.

Cette inversion était survenue à la suite d'un accouchement et d'une délivrance forcée. Quelque temps après, des hémorrhagies s'étaient montrées, et la malade étant tombée dans une profonde anémie, M. Le Prévost a pratiqué l'amputation de l'utérus, suivant le procédé de M. Périer. La malade a bien guéri.

Dans cette observation, qui ne présente rien de particulier au point de vue opératoire, M. Le Prévost appelle l'attention sur l'état d'insensibilité de la muqueuse utérine ; il a constaté qu'elle était tout aussi insensible aux piqûres qu'au contact de corps chauds et de corps froids. J'ai déjà signalé ce fait à l'occasion d'un cas qui s'est présenté à mon observation, et j'en avais déduit que malgré l'importance qu'il faut accorder à ces modifications de la sensibilité de la muqueuse utérine, on ne doit cependant pas, au point de vue du diagnostic différentiel entre un

fibrôme et un utérus inversé, leur reconnaître une valeur absolue, car, ainsi qu'on l'a fait remarquer, elles ne sont pas constantes.

M. Berger. — Il y a quelques années, j'ai fait, en vue de rechercher ces modifications de la sensibilité utérine, une série d'expériences. Dans tous ces cas, j'ai observé une insensibilité complète de la muqueuse utérine, soit au contact, soit à la piqûre, et j'ai pu m'assurer maintes fois qu'aucune sensation n'était perçue, aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique; mais je dois ajouter qu'en m'exprimant ainsi, je ne fais allusion qu'aux différents modes de la sensibilité, car si dans les explorations on vient à imprimer à l'utérus quelques mouvements, à le déplacer, à le tirailler, il en résulte une sensation dont la malade se rend bien compte ; c'est ce qui survient lorsqu'en se servant de l'hystéromètre, on presse l'organe de façon à le mouvoir. En dehors de cette perception, il n'en existe aucune.

M. Terrier. — Je ne puis adopter l'opinion de M. Berger ; il nous arrive tous les jours de constater que le col utérin est sensible aux piqûres, aux brûlures, aux cautérisations ; toutes ces opérations sont très nettement perçues, et il n'y a même pas d'exception à faire pour l'hystéromètre.

M. Bouilly. — Je ne pense pas que l'on puisse se prononcer, au sujet de cette sensibilité, sans faire de distinction ; il y a des différences à établir entre la muqueuse de l'utérus, qui recouvre le col dans le vagin, et la portion de muqueuse intra-utérine. La première présente une sensibilité manifeste; quant à celle qui tapisse la cavité utérine, elle se comporte encore différemment suivant qu'il existe ou non de l'inflammation. Sa sensibilité est très prononcée, exagérée même lorsqu'il y a de l'endométrite. Dans le cas, où aucun phénomène inflammatoire n'existe, on ne constate aucune sensibilité. J'ajouterai, en outre, qu'il faut également, dans ces appréciations, faire entrer en ligne de compte le degré de rétrécissement du col qui se présente plus ou moins accentué.

M. Quénu. — Je ne crois pas que l'on puisse mettre en doute la sensibilité de la muqueuse utérine ; elle n'est pas très développée, c'est plutôt une sensibilité atténuée, mais elle existe sur toute l'étendue du col et du corps.

M. Trélat. — Toute discussion prête à établir des différences

et, dans le cas actuel, je crois bon d'agir ainsi. Bien qu'au point de vue de la pratique chirurgicale, je n'aie pas exploré la sensibilité tactile de l'utérus, je ne suis pas éloigné d'adopter en grande partie l'opinion de M. Bouilly. Chez quelques femmes, c'est à peine si cette sensibilité se réveille; mais lorsqu'il y a de la métrite ou de l'endométrite, l'hystéromètre provoque de la douleur; c'est une notion qu'il faut retenir au point de vue de la clinique.

M. Lucas-Championnière. — Ces divergences d'opinions me semblent résulter de ce fait que la sensibilité est variable suivant les femmes; chez les unes, les piqûres, les scarifications sont très vivement senties, tandis que chez d'autres, il y a à peine perception, aussi serait-ce à tort que l'on affirmerait absolument l'insensibilité de l'utérus.

M. Berger. — Je rappellerai que j'ai eu soin, dans mes expériences, de bien séparer l'action mécanique portant sur la muqueuse et les tissus sous-jacents des autres effets d'ordre sensitif, et les perceptions ne se révélant que lorsqu'il y avait quelque distension ou quelque mouvement de l'organe. Dans un cas d'avortement provoqué au septième mois, le contact d'une sonde ne fut pas senti.

M. Kirmisson. — Je rappellerai que depuis vingt ans M. Guéniot a insisté à plusieurs reprises sur ces phénomènes de la sensibilité et sur leur importance à propos du diagnostic des fibrômes et de l'inversion utérine.

M. Tillaux. — Je ne veux ajouter qu'un mot: c'est qu'à l'occasion d'un polype, dont j'ai fait l'ablation, j'ai constaté que la muqueuse utérine était sensible à la partie supérieure et insensible en bas.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES VOIES QU'EMPRUNTENT LES SUBSTANCES CONTENUES DANS L'EAU DE L'AMNIOS POUR RETOURNER DANS LA CIRCULATION MATERNELLE.

M. Torngren (d'Helsingfors). — Les expériences de MM. Gusserow et Bar ont montré que les substances contenues dans l'eau de l'amnios peuvent retourner dans l'organisme de la mère.

Quant à la voie que suivent ces substances, elle n'a pas encore été l'objet de recherches.

Au laboratoire de M. le professeur Straus, j'ai fait quelques expériences sur ce sujet.

Dans quatre expériences sur des lapines pleines, j'ai injecté un ou deux grammes d'une solution d'iodure de potassium à 25 % dans le liquide amniotique.

Après quarante-cinq minutes, j'ai pu décéler la présence de l'iode : 1° dans l'urine de la mère ; 2° chez les fœtus retirés des œufs injectés ; 3° dans leurs placentas ; 4° dans les membranes ; 5° dans les liquides amniotiques provenant des œufs où on n'avait pas fait d'injections ; 6° tout au plus une trace d'iode dans le fœtus de ces derniers œufs ; 7° une trace également dans leurs placentas, mais dans leurs membranes, l'iode faisait absolument défaut.

Dans deux expériences, j'ai fait pénétrer directement de l'iodure de potassium dans l'estomac du fœtus au moyen d'une sonde introduite par la bouche pendant qu'il conservait tous ses rapports avec la mère.

Dans ces expériences, je pus décéler la présence de l'iode en très petite quantité dans l'urine de la mère ; au bout d'une heure et vingt-cinq minutes, il y en avait dans les organes du fœtus et dans son placenta.

Ces deux expériences prouvent qu'il y a une absorption par l'estomac du fœtus, mais qu'elle ne s'opère pas très rapidement, ni en notable quantité. On doit aussi en conclure que tout l'iode que j'ai trouvé dans les quatre premières expériences, déjà au bout de quarante-cinq minutes, soit dans l'urine de la mère, soit dans les œufs, n'avait pas passé par l'estomac des fœtus, mais avait pris une autre voie, c'est-à-dire le placenta ou les membranes.

De plus, il résulte des quatre premières expériences que l'iodure de potassium passe du sang de la mère dans l'eau de l'amnios par le placenta. Car dans les œufs non injectés, le placenta et l'eau de l'amnios contenaient cette substance en assez grande quantité, pendant qu'il s'en trouvait tout au plus une trace dans les organes du fœtus. Si on ajoute que l'on n'a jamais pu mettre en évidence cette substance dans les membranes de ces mêmes œufs, on a la preuve que l'iode a passé en majeure partie directement par le placenta dans le liquide amniotique.

REVUE DE LA PRESSE

L'ALLAITEMENT DES NOUVEAU-NÉS.

La Société de médecine pratique avait soumis à sa commission spéciale la discussion des *Conseils pratiques à donner aux jeunes mères*. Voici le résumé de ces conseils :

1° Lorsqu'une mère est reconnue apte à allaiter son enfant, on doit la laisser reposer quatre ou cinq heures, avant de présenter le sein à ce dernier.

2° Il est indispensable de régler le plus tôt possible les heures des repas de l'enfant.

3° Pendant le jour, il convient de mettre, entre chaque tétée, un intervalle qui ne soit pas moindre de deux heures, ni supérieur à trois.

4° On doit autant que possible accoutumer de bonne heure l'enfant à ne pas prendre le sein pendant la nuit ; six ou huit heures d'un sommeil non interrompu et véritablement réparateur étant nécessaires à la mère.

5° On doit, dans un même repas, offrir les deux seins à l'enfant, et si l'on observe qu'il ait une préférence marquée pour l'un des deux, il faut lui présenter l'autre en premier lieu.

6° Dans les cas d'insuffisance de lait de la mère, on est forcé d'avoir recours à l'allaitement mixte, c'est-à-dire aux allaitements maternel et artificiel combinés ensemble.

7° Le lait fraîchement trait est toujours préférable au lait bouilli, et on ne doit y ajouter aucune substance étrangère.

8° Pendant les huit premiers jours, le lait doit être coupé par moitié d'eau pure ; par tiers, pendant le restant du premier mois ; par quart, pendant le deuxième mois, et on essaiera de le donner pur à partir du troisième.

9° Quelle que soit la proportion du mélange, il est important de ne le sucrer que légèrement et de ne le préparer qu'au moment de le donner à l'entant. Il doit être chauffé au bain-marie à la température de 37° centig.

10° L'immixtion de toute préparation narcotique (eau de pavot, sirop calmant, etc., etc.), est essentiellement dangereuse.

11° Jusqu'à la sortie des vingt premières dents, le lait doit rester le principal aliment des enfants.

12° A partir du septième mois, si le lait de la mère est insuffisant, on peut, concurremment avec le sein, donner à l'enfant des bouillies claires faites avec des substances féculentes que le médecin ordonnera. Ces préparations ne devront avoir pour base que le lait et seront toujours peu salées ou peu sucrées.

13° Cependant, si le septième mois tombait à l'époque d'une évolution dentaire, ou dans les mois de chaleur (du milieu de juin au milieu de septembre) il faudrait attendre.

14° Les suçons, sortes de sachets contenant le plus souvent de la mie de pain et du sucre, parfois même des substances narcotiques, qu'on a la coutume de placer dans la bouche des enfants, pour apaiser leurs cris, constituent un moyen dangereux, qui doit être absolument proscrit.

15° Si, contrairement aux conseils ci-dessus, l'enfant était élevé au moyen de l'allaitement artificiel, il faudrait suivre les mêmes règles que pour l'allaitement maternel.

16° En outre, aussitôt après chaque repas, les instruments qui viennent de servir, seront soigneusement nettoyés et lavés d'abord à l'eau chaude, puis à l'eau froide.

17° La quantité de lait, à chaque tétée, doit être de 80 grammes environ.

18° La pesée constitue le moyen le plus certain de s'assurer des bonnes conditions de l'allaitement.

19° Le sevrage ne doit être opéré que du douzième au dix-huitième mois et jamais sans l'ordre du médecin. Il faut choisir une des époques de repos dans l'évolution des dents, et éviter, autant que possible, le moment des grandes chaleurs (du milieu de juin au milieu de septembre).

20° Le médecin devra rester seul juge des cas où l'on pourra déroger à l'une des prescriptions ci-dessus.

A ces conseils nous devrons en ajouter quelques autres qui ont été formulés par l'Académie de médecine.

Chaque matin la toilette de l'enfant doit être faite avant la mise au sein ou le repas.

Cette toilette doit se composer : 1° du lavage du corps et surtout des organes génitaux, qui doivent être tenus propres ; du lavage de la tête, sur laquelle il ne faut pas laisser accumuler la crasse ou les croû-

tes ; 2° du changement de linge. La bande du ventre doit être maintenue pendant le premier mois.

Il faut rejeter absolument l'usage du maillot complet, qui enveloppe et serre ensemble les membres et le corps ; car plus l'enfant a de liberté dans les mouvements, plus il devient robuste et bien conformé.

L'enfant doit être vêtu plus ou moins chaudement, selon les pays qu'il habite et selon les saisons ; mais il faut toujours le préserver avec soin du froid et des excès de chaleur, soit au dehors, soit dans l'intérieur des habitations, dans lesquelles cependant l'air doit être suffisamment renouvelé.

Il n'est pas prudent de sortir l'enfant avant le quatrième jour, à moins que la température ne soit très douce.

Il est très dangereux de coucher l'enfant dans le même lit que sa mère ou sa nourrice.

Il ne faut pas trop se hâter de faire marcher l'enfant ; on doit le laisser traîner à terre et se relever seul ; il faut donc rejeter l'usage des chariots, paniers, etc.

On ne doit jamais laisser sans soins, chez l'enfant, les moindres indispositions (coliques, diarrhées, vomissements fréquents, toux, etc.) ; il faut appeler un médecin dès le début d'une maladie, si elle se prolonge au delà de vingt-quatre heures.

En cas de grossesse présumée, toute mère ou nourrice doit cesser immédiatement de donner le sein, sous peine de compromettre la vie ou la santé de l'enfant.

Il est indispensable de faire vacciner l'enfant dans les trois premiers mois qui suivent sa naissance, ou même dans les premières semaines s'il règne une épidémie de petite vérole : le vaccin est le seul préservatif de cette maladie. (*Journal de médecine de Paris.*)

FURONCULOSE DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES.

M. Bouchard. — La furonculose, sauf dans quelques cas exceptionnels où elle s'accompagne d'accidents graves, est une maladie bénigne. Elle n'en est pas moins ennuyeuse, douloureuse et désagréable. J'ai remarqué que souvent il y avait un rapport évident entre les éruptions furonculeuses et certains états dyspeptiques. Si l'on soigne ces états dyspeptiques, si l'on pratique l'antisepsie intestinale, on fait, chez ces malades, disparaître l'éruption.

Je suis loin de nier l'influence de l'inoculation furonculeuse, soit sur l'apparition, soit sur la persistance de l'éruption ; mais je crois qu'il y a d'autres causes en jeu. Il y a certainement des conditions de réceptivité pour le micro-organisme créées par certains états particuliers, le diabète par exemple. Chez les dyspeptiques, cette réceptivité existe aussi.

Un homme était atteint de furonculose tenace et étendue. Pendant un voyage conseillé pour le débarrasser de cette éruption, sa femme se servit, pour des ablutions particulières, de la cuvette qui servait habituellement à son mari. Peu de temps après, elle vit survenir, dans la région lavée, une éruption de 60 à 80 furoncles. Depuis cette époque, cette dame, à chaque flux menstruel, voit réapparaître dans les mêmes points une éruption furonculeuse nouvelle. Sachant que cette dame présentait des troubles digestifs, je pratiquai l'antisepsie intestinale, les furoncles disparurent. La cessation du traitement s'accompagna de la réapparition des furoncles. Sa reprise détermina de nouveau leur disparition.

Il y a quelque temps, j'ai vu se présenter à moi un homme atteint de près de 200 furoncles du cou et de la nuque. L'antisepsie intestinale l'a débarrassé de cette douloureuse affection.

Je pratique d'ailleurs dans ces cas une antisepsie intestinale modérée et facile à pratiquer, sans rien changer aux habitudes ordinaires.

Je fais prendre trois fois par jour, au début des repas, un cachet ainsi composé : naphtol, 0 gr. 50 ; salicylate de bismuth, 0 gr. 25 en poudre fine. Le traitement est facile à exécuter et détermine une antisepsie très suffisante.

GROSSESSE TUBAIRE.

M. Lawson Tait a eu l'occasion d'observer une grossesse tubaire deux fois chez la même femme. La première fois, la malade après avoir perdu du sang par l'utérus et avoir souffert quelque temps du ventre, perdit subitement connaissance. Il lui ouvrit l'abdomen et trouva la trompe de Fallope rompue et contenant un fœtus de trois mois. Il enleva la trompe : la malade guérit. Dix-huit mois plus tard, la femme mit au monde un enfant à terme. Quinze mois après, elle devint encore enceinte. Rien de spécial à noter dans cette grossesse. Vers le quatrième mois, soudainement la femme fut prise de dou-

leurs abdominales et mourut. On constata une grossesse tubaire, à gauche.

Ainsi donc, rien ne permet de distinguer une grossesse tubaire d'une grossesse utérine : la malade, en effet, n'avait remarqué rien d'anormal dans son état. Il saisit l'occasion pour faire remarquer que, dans ce cas, le traitement par l'électricité, dont il a été question ces temps derniers, n'aurait pas donné de bons résultats, car s'il avait été suivi de suppuration, le liquide purulent serait tombé dans le péritoine.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareil réfrigérant du vagin.

Cet appareil, construit par MM. Rainal, est constitué par un tube

métallique disposé de façon à prendre la forme d'un spéculum gril-

lagé ; une des extrémités de ce tube est mise en rapport avec un siphon en caoutchouc et l'autre extrémité avec un tube de déversement.

Il est employé, chez les femmes, dans certains cas de métrite, et pourrait être utilisé comme moyen préventif de l'inflammation après les opérations qui portent sur le col de l'utérus. Il remplace la glace dont l'introduction et le maintien ne sont pas toujours faciles.

Cet instrument est très ingénieux et pourrait rendre des services incontestables, surtout dans les campagnes, où la réfrigération avec la glace est d'une application souvent difficile.

NOUVELLES

L'Académie de médecine propose pour sujet du prix de l'hygiène de l'enfance, — prix d'une valeur de 1,000 francs, — à décerner en 1889, la question suivante : « De la croissance au point de vue morbide. »

Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1889.

Par arrêté ministériel, en date du 4 juillet 1888, des concours s'ouvriront :

1° Le 7 janvier 1889, à la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes ;

2° Le 7 janvier 1889, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

INSTALLATION D'UNE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA MATERNITÉ.

Dans sa séance du 6 juillet, le conseil municipal de Paris a décidé l'installation d'une clinique obstétricale à la Maternité.

La Faculté de médecine avait demandé la division en deux parties

des services actuellement existants ; le conseil a préféré une création nouvelle qui, laissant intact l'état actuel, permet de conserver l'École municipale des sages-femmes.

La nouvelle clinique donnera 70 lits, comme d'autre part la Maternité de Lariboisière recevra bientôt 20 lits. Le Conseil espère que, dans un avenir plus ou moins éloigné, il sera possible de ne plus envoyer de pensionnaires chez les sages-femmes, ce mode d'hospitalisation étant de beaucoup le plus coûteux.

La suppression du service d'accouchement chez les sages-femmes laisse subsister intact le service des sages-femmes des bureaux de bienfaisance.

—

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE D'AMÉRIQUE.

Le 19 avril s'est fondé à Buffalo (Etats-Unis) une nouvelle société obstétricale sous le nom d' « *American association of obstetricians and gynecylogists* ». Les membres fondateurs sont au nombre de 34. La prochaine réunion aura lieu à Washington, du 18 au 20 septembre 1888. Le bureau est ainsi composé : Président, W. H. Taylor (de Cincinnati) ; vice-présidents, E. Montgomery (Philadelphie), J.-H. Carstens (Détroit) ; secrétaire, W. Protter (Buffalo) ; trésorier, Werder (Pittsbourg).

—

UNE NOUVELLE DOCTORESSE RUSSE.

La Faculté de médecine de Montpellier vient de conférer, avec d'excellentes notes, le titre de docteur à Mme Tkatcheff, jeune Russe qui, déléguée il y a quatre ans à Arles par la Faculté de Montpellier, soigna avec dévouement les victimes de l'épidémie de choléra qui sévissait à cette époque.

—

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER.

M. Merz, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de clinique obstétricale et de gynécologie.

—

CLINICAT OBSTÉTRICAL.

Voici les questions du clinicat obstétrical :

1° Des tumeurs fibreuses de l'utérus au point de vue de la dystocie ;

2° Des difficultés que peut présenter l'extraction du fœtus au troisième temps de la version pelvienne par manœuvres internes.

—

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS.

M. Peugniez, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à ladite Ecole.

BIBLIOGRAPHIE

—

I. **De l'emploi du chlorure de méthyle dans la médecine pratique par le stypage**, méthode du Dr Bailly, de Chambly (Oise).

II. **De l'obstruction des fosses nasales consécutive à l'hypertrophie de la lame quadrangulaire de la cloison**, par le Dr C. Miot. Paris, Doin, 1888.

III. **Traité pratique et clinique d'hydrothérapie**, par E. Duval, préface de M. le professeur Peter. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Cet ouvrage, présenté au public médical par M. le professeur Peter, dans une préface que nous voudrions pouvoir citer en entier, préface courte mais bonne, excellente devrions-nous dire, est divisé en quatre chapitres.

Le premier chapitre nous montre ce que fut l'hydrothérapie dans l'antiquité et comment Priessnitz est son vrai fondateur.

Le second chapitre est consacré aux agents de l'hydrothérapie : douches, bains froids, et aux moyens auxiliaires de l'hydrothérapie tels que la chaleur, la sudation, l'exercice, etc., et enfin, aux questions annexes, tels que l'état dans lequel doivent se trouver les sujets soumis aux applications hydrothérapiques ; les conditions atmosphériques les plus favorables ; la question des saisons ; le nombre des douches journalières, la durée du traitement, l'hydrothérapie à domicile, l'intervention directe du médecin, etc., et enfin, les contre-indications à cette médication.

Dans le troisième chapitre, M. Duval passe en revue les maladies très nombreuses et très variées dans lesquelles l'hydrothérapie est réellement efficace.

Des observations bien complètes et consciencieusement prises sont données à l'appui de chacune des assertions de l'auteur, qui, dans ses trente années de pratique, a beaucoup vu et, ce qui vaut mieux encore, bien observé.

Le quatrième chapitre est consacré à la doctrine hydrothérapique ou déduction des faits cliniques.

Dans un appendice, l'auteur parle de quelques applications nouvelles de l'hydrothérapie au délirium tremens, à l'incontinence d'urine, à la laryngite chronique et aux tics douloureux et non douloureux.

Cet ouvrage, éminemment clinique et pratique, fruit d'une longue expérience, est destiné à rendre les plus grands services à tous les médecins. Nous ne saurions donc trop vivement leur en conseiller la lecture réellement pleine d'intérêt.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

179. — Traitement du prurit des parties génitales. — M. ROUTH combat avec succès cette affection par des lavages avec une solution qui, pour un demi-litre d'eau chaude, contient une cuillerée à café de borax et cinq gouttes d'essence de menthe poivrée. Agiter la bouteille avant de s'en servir (*British med. Journ.*)

180. — Sur le traitement médicamenteux du carcinome, par le docteur STROBINDER. — L'auteur, médecin à Moscou, attribue aux injections sous-cutanées d'acide tannique une grande efficacité dans le traitement des tumeurs carcinomateuses. Il emploie, pour ces injections :

Tanin	1 partie.
Glycérine...........................	24 parties.

Mêlez.

Faire d'abord une injection chaque jour. Plus tard les injections seront pratiquées à intervalles plus éloignés.

Deux succès dans deux cancers de la parotide, dans un cancer abdominal et un cancer du rein (*Deutsch. med. Wochenschrift*, 1888, 3, et *Revue de thérap.*, 1888, 5.)

181. — Traitement préventif des hémorrhagies de la délivrance. — L'originalité de ce mode de traitement provient de ce qu'il est préventif. Jusqu'ici les accoucheurs n'avaient guère pensé qu'au traitement curatif.

Cette prophylaxie consiste à traiter pendant la grossesse la cause supposée de l'hémorrhagie.

Ces différentes étiologies peuvent être ramenées à cinq principales :

1° *Hémophilie* : employer la térébenthine, l'*oleum organum*, l'extrait fluide de matico ;

2° *Anémie* : extrait liquide de *stylosanthus*, l'*actœa racemosa*, le *salix nigra*, la faradisation des muscles abdominaux pendant dix minutes chaque jour ;

3° *Débilité organique* : exercice, quinine, fer, strychnine ;

4° *Affection cardiaque* : gelsemium ;

5° *Pléthore* : diététique et purgatifs salins.

Tenter un traitement prophylactique des hémorrhagies de la délivrance peut sembler, *a priori*, une heureuse idée et une salutaire innovation thérapeutique ; mais nous doutons que la pratique vienne confirmer les avantages de ce traitement, et jusqu'à preuve statistique nettement convaincante, il est peu présumable que les accoucheurs y aient recours : d'autant moins que le traitement curatif bien appliqué est ici tout-puissant. (*Journal de méd. de Paris.*)

182. — Applications alternatives de froid et de chaud sur la colonne vertébrale dans les cas d'inertie utérine. — L'observation suivante a été publiée par le Dr Hoffmann dans un numéro récent du *London Medical Record* :

Il fut appelé le 26 mai dernier près d'une femme en travail, grande et forte, âgée de 26 ans. Dans un premier accouchement, elle avait eu une inertie utérine qui avait duré trente-six heures ; dans un second, le même fait s'était produit et on avait dû extraire le fœtus au moyen du forceps. Une heure avant que l'auteur ne vît cette malade, elle avait eu de légères contractions utérines. Après un examen rapide, il s'aperçut que l'utérus était en antéflexion et qu'il y avait un refoulement de la paroi abdominale en bas et en avant. La même chose s'était présentée dans les accouchements précédents. On soulève le fond de l'utérus dévié et on le maintient au moyen d'un bandage. Dans le décubitus dorsal l'axe utérin semble replacé dans des rapports normaux avec le détroit supérieur. Les contractions s'établissent, durent jusqu'à la présentation de la tête et cessent à ce moment ; le même phénomène se serait produit, d'après la malade, dans les accouchements précédents.

Frictions vers le fond de l'utérus ; seigle ergoté (vomi aussitôt). Injections sous-cutanées d'ergotine sans action. L'usage du forceps était indiqué. Cependant Hoffmann craignait que dans l'état d'inertie absolue de l'utérus l'opération ne fût suivie d'une hémorrhagie grave ;

peut-être mortelle. Il résolut d'avoir recours aux applications froides sur la colonne vertébrale. Dans ce but, il fit placer vers sa partie inférieure une vessie remplie de glace. En moins de deux minutes, il obtint une contraction utérine suivie d'un certain nombre d'autres d'un caractère satisfaisant. Au bout de dix minutes elles diminuèrent de fréquence et d'intensité ; il fit remplacer la glace par une pièce de flanelle trempée dans l'eau chaude. Mêmes alternatives qu'avec le froid. Reprise de la glace. Après avoir ainsi procédé un certain nombre de fois, l'accouchement se fit sans difficulté. L'enfant était vivant et bien portant. — (*Gazetta medica italiana delle provincia Venete*, 6.

183. — Traitement de la hernie ombilicale de l'enfant. — M. Guéniot résume ainsi, dans le *Moniteur de la polyclinique*, le traitement qu'il emploie. Il prend un carré d'amadou d'à peu près 3 centimètres, — un peu plus ou un peu moins grand, suivant le volume de la hernie. — Cet amadou est entouré de deux bandes de diachylon de 15 à 20 centimètres de longueur chacune et de la même largeur que le carré d'amadou. Ces bandes recouvrent ce carré, l'une dans un sens, l'autre dans le sens opposé, c'est-à-dire en croix, de manière que l'amadou soit complètement enveloppé. Il faut laisser en dehors la partie enduite de toile.

On applique cette pelote ainsi formée sur une hernie après l'avoir réduite, puis on fixe la pelote au moyen de deux bandes de diachylon placées l'une sur l'autre, larges de 4 à 6 centimètres suivant les cas et assez longues pour faire le tour du corps de l'enfant et se croiser beaucoup derrière son dos. Ces bandes sont appliquées dans une direction oblique d'avant en arrière et de bas en haut afin qu'elles ne godent pas.

Lorsque la hernie est très considérable, on peut ajouter au-dessous de la pelote un très petit morceau d'amadou qui produit l'effet d'un bouchon très doux et bouche l'anneau herniaire.

Cet appareil, après quelques minutes, s'il est fait avec un bon diachylon, adhère complètement à la peau, a ce grand avantage de ne faire qu'un avec le corps de l'enfant dont il suit tous les mouvements et en raison précisément de cette adhérence il ne gêne pas et ne fait pas souffrir l'enfant. Comme il ne bouge pas, la hernie ne se produit

plus et il y a beaucoup plus de chances pour que l'anneau herniaire se referme rapidement.

On a le soin de recouvrir ce petit appareil d'un bandage de corps en toile qui, lui, peut être changé aussi souvent que l'on veut, c'est-à-dire toutes les fois qu'il a été souillé.

En outre, cet appareil peut être renouvelé de temps en temps, toutes les quatre ou cinq semaines par exemple, et il ne gêne par conséquent pas le développement de l'enfant.

Habituellement, la guérison de la hernie se produit ainsi après le second bandage, c'est-à-dire au bout de six semaines ou deux mois ; rarement cela demande plus de temps, quelquefois une seule application de bandage suffit.

184. — De la douche intra-utérine dans l'état puerpéral. — Pour M. Murray, la douche intra-utérine est indiquée, comme agent prophylactique, même dans l'accouchement naturel, quand la poche des eaux s'est rompue avant la dilatation complète du col et que, par suite d'un travail prolongé, la tête a contusionné et déchiré les parties. Dans ces cas, la matrice se relâche aisément et le canal vaginal, quand il n'est pas rendu aseptique, permet l'introduction des germes infectieux. Dans ces circonstances, la douche nettoie les parties et, par suite de l'effet stimulant de l'eau chaude, elle fait contracter l'utérus : elle obture ainsi les sinus utérins et prévient également la septicémie.

Dans les accouchements compliqués (version, forceps, délivrance artificielle), où le vagin et le col sont plus ou moins déchirés ; dans l'hémorrhagie post-partum ; dans le placenta prœvia ; dans la rupture utérine complète ou incomplète ; quand la malade a des frissons, une prostration marquée ; dans ces cas, une douche intra-utérine, donnée immédiatement après l'accouchement, complète l'antisepsie des parties génitales. Elle constitue un excellent agent prophylactique. Toutes les fois que des lochies fétides apparaissent, accompagnées de relâchement de l'utérus, de douleur à la pression au niveau de ce dernier, de fièvre et de frissons, l'utérus doit être soigneusement exploré avec le doigt préalablement rendu aseptique. Si on trouve des caillots ou des débris de placenta, ou un placenta adhérent, on détache celui-ci avec le doigt ou avec une curette et on fait un lavage antiseptique de l'utérus.

Si l'exploration digitale fait constater que le col est entr'ouvert, si l'involution utérine se fait mal, si le doigt a une odeur gangréneuse, on doit faire sur-le-champ le lavage utérin.

Les instruments nécessaires pour le lavage sont : un récipient en verre muni d'un long tube en caoutchouc au bout duquel est une canule en verre percée de trous latéraux et d'un orifice terminal ; un thermomètre pour indiquer la température de l'eau ; une pièce de taffetas ciré pour mettre sous la malade. La malade est assise sur le bord du lit, dans la position de la lithotomie. Le tube bien expurgé d'air, ce qui se fait en laissant l'eau couler, est introduit sur deux doigts et le vagin est lavé. On introduit ensuite la canule dans l'utérus ; son extrémité externe est abaissée graduellement de façon que, son extrémité interne se relevant, elle pénètre en suivant la courbure de l'utérus. L'injection est continuée jusqu'à ce que l'eau sorte parfaitement claire. On retire la canule en laissant l'eau couler pour entraîner tout ce qui a pu rester dans le vagin. On met ensuite sur la vulve une compresse imbibée de liquide antiseptique.

(*Rev. gén. de clin. et de thérap.*)

185. — Traitement de la rétention du placenta. (PINARD.) — Quelle doit être la conduite de l'accoucheur une demi-heure après la sortie du fœtus lorsque le placenta est retenu dans l'utérus et qu'il n'y a pas d'hémorrhagie ?

Il faut d'abord se rendre compte de l'état de l'utérus ; cette exploration est facile à l'aide de la main appliquée sur la paroi abdominale : ou bien l'utérus est volumineux, mal délimité ; ou bien il est rétracté, consistant ; c'est ce que l'on appelle le globe de sûreté. La rétention a lieu dans le premier cas par inertie, dans le second par rétraction prématurée de la matrice.

Pour vaincre l'inertie de l'organe et provoquer ses contractions, M. Pinard conseille les irrigations intra-utérines d'eau très chaude à la température de 45 à 48 degrés ; elles doivent être faites avec un liquide aseptique et avec abondance (3 à 6 litres).

Après l'application de ce procédé, il a toujours vu l'utérus se rétracter, le placenta se décoller, et la délivrance se faire. Quant au seigle ergoté, on doit bien se garder de l'employer.

M. Pinard étudie ensuite la rétention du placenta soit par rétrac-

tion totale de l'utérus dont le maximum est à l'orifice interne du col, soit par rétraction partielle de l'organe qui détermine alors l'enchâtonnement de tout ou partie du placenta. Cet emprisonnement sera diagnostiqué par la main appliquée sur la paroi abdominale ; lorsque la rétraction est totale, on sentira l'utérus avec sa forme normale, et, lorsqu'elle est incomplète, cet organe apparaîtra dur, ligneux, mais de forme irrégulière. Les auteurs sont partagés sur la conduite à tenir en pareil cas. M. Pinard est partisan de l'intervention directe. (*Journal de médecine de Paris.*)

186. — De l'usage du Jequirity dans le traitement de la métrite chronique. (M. Bordé.) — Les bons résultats obtenus dans le traitement des maladies des yeux m'ont amené à l'usage de ce remède dans les formes chroniques de métrite. J'ai employé des solutions stérilisées, et l'injection était faite avec un injecteur de Braun. Pas de réaction dans les premières cinq heures ; mais ensuite apparurent des phénomènes de métrite aiguë avec fièvre (38.7) qui tomba dans la troisième journée: comme effet local, j'ai remarqué un exsudat fibrineux sur le museau de tanche. L'indication de cette médication serait spécialement dans la métrite granuleuse, dans la deuxième période de la maladie ; mais il faudrait s'en abstenir toutes les fois qu'il existe de la paramétrite.

187.— De la cocaïne en obstétrique, par M. Cantab. — La cocaïne, de quelque façon qu'elle soit administrée, peut rendre des services dans les vomissements incoercibles de la grossesse et, dans quelques cas, elle s'est montrée supérieure à tous les autres remèdes. Durant les premières douleurs du travail, surtout chez les primipares, elle les rend moins pénibles, mais elle ne retarde, ni ne hâte leur apparition et, par suite, n'a pas d'effet sur la dilatation du col. Elle est sans utilité pour soulager les douleurs de l'expulsion, et celles causées par la pression de la tête sur le périnée.

Dans les gerçures du sein, elle diminue les douleurs qui se produisent quand l'enfant tète, mais ses effets sont de trop courte durée pour qu'elle rende des services sérieux. (*The Lancet*, 26 novembre 1887.)

188. — Hydrate d'amyle dans les carcinômes liés aux affections utérines. (FISCHER.)

Hydrate d'amyle....................	7 gram.
Eau distillée........................	60 —
Extrait de réglisse..................	10 —

M. s. a. — Prendre en deux fois la moitié en se couchant ; le reste au milieu de la nuit.

Dans le cas d'intolérance gastrique, prescrire le lavement suivant :

Hydrate d'amyle....................	4 gram.
Chlorhydr. de morphine.............	0 gr.025
Eau distillée........................	50 gram.
Mucilage de gomme arab...........	20 —

A administrer chaud au moment du coucher.

189. — De l'influence du seigle ergoté sur les phénomènes puerpéraux. (M. PINZANI, de Bologne.) — Pendant un laps de temps d'environ 13 mois j'ai recueilli, dit cet auteur, des observations comparatives de 91 femmes, auxquelles on avait administré l'ergot de seigle, dans la période consécutive à l'accouchement, par doses décroissantes, de 2 grammes par jour à un seul gramme et de 79 autres femmes qui n'en prenaient pas. Je me crois autorisé à en conclure que le seigle ergoté pendant la période puerpérale physiologique n'a presque aucune influence sur la température, mais il augmente la fréquence du pouls ; je ne pense pas que l'ergot de seigle augmente l'intensité des contractions utérines, et que l'on puisse expliquer cette fréquence du pouls par la douleur provoquée ; j'ai même vu diminuer la fréquence de ces contractions après l'administration du médicament en question.

La quantité des urines a été toujours plus grande ; ce qui est dû, selon moi, à une plus grande tension artérielle ; l'involution de l'utérus ne ressentirait aucune influence de l'administration du médicament. La sécrétion lactique est retardée ou supprimée. Le seigle ergoté peut favoriser l'expulsion des caillots sanguins et leur décomposition ; mais il doit rendre aussi plus facile l'absorption d'un agent infectant contenu préalablement dans l'utérus.

M. TIBONE, de Turin, a plusieurs fois constaté les bienfaisants effets

du seigle ergoté sur l'involution utérine ; mais il avait eu recours à des doses plus petites que celles employées par le docteur Pinzani.

⁂

190. — Considérations sur le traitement des polypes fibreux de l'utérus, par Ansaloni. (Thèse de doctorat, 1887.) — L'auteur de ce travail ne s'occupe que du traitement chirurgical des polypes fibreux, laissant de côté tout ce qui concerne le traitement médical. Il publie quelques observations recueillies principalement dans le service de Gallard, observations qui ne présentent du reste rien de particulier.

Après avoir passé en revue les divers procédés employés pour pratiquer l'ablation des corps fibreux utérins pédiculés, M. Ansaloni donne la préférence à l'écrasement linéaire au moyen du serre-nœud de Maisonneuve. D'après lui, l'anse galvano-caustique, aussi avantageuse au point de vue opératoire, pourrait, plus que le serre-nœud, donner lieu à des accidents consécutifs graves. On est surpris, en lisant les observations contenues dans cette thèse, de ne trouver aucune indication de traitement antiseptique local avant l'opération.

Dans l'observation VII, où il y a eu des accidents après l'intervention chirurgicale au moyen de l'anse galvano-caustique, l'auteur accuse de ces accidents le procédé opératoire employé. Nous pensons qu'on doit bien plutôt incriminer *l'absence de précautions antiseptiques pendant les quelques jours qui précèdent l'opération*. Grâce à ces précautions, nous n'avons jamais eu qu'à nous louer de l'emploi de l'anse galvanique. Celle-ci est de beaucoup préférable au serre-nœud, lorsque le pédicule est volumineux et que les tissus à sectionner présentent une épaisseur considérable.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

191. — Du massage en gynécologie. — Brand en fut l'initiateur en 1865, puis étudié par Profenter et Schultze, Vulliet le pratique depuis deux ans avec succès. Il s'adresse à la résorption des exsudats péri-utérins, rupture des brides, redressement des déviations. Il ne doit être appliqué qu'aux lésions chroniques, alors que toute trace d'inflammation a disparu. Il se pratique avec les deux mains, l'une dont le talon repose sur le mont de Vénus, malaxe l'ab-

domen vers l'ombilic, tandis que deux doigts de l'autre main pétrissent les culs-de-sac en mobilisant l'utérus. D'abord superficiel, il doit devenir profond, de même qu'on doit le commencer par la périphérie pour finir par le centre. On obtient ainsi le dégorgement des parties, le rétablissement de la circulation, on réveille la tonicité musculaire.

En quinze ou vingt jours, Vulliet a vu disparaître des exsudats récents ; dans les cas anciens, il faut plusieurs mois. On y joint avec avantage les douches chaudes vaginales et intra-utérines antiseptiques. (Vulliet, *Journal de Médecine de Paris*, 8 avril 1888.)

192. — Traitement des paramétrites par la dilatation et le curettage de l'utérus. — Les métrites longtemps combattues par des moyens exclusivement médicaux passent aujourd'hui dans le domaine chirurgical. L'intervention intra-utérine par le curettage est maintenant définitivement admise dans les cas d'endométrite, mais alors que la métrite s'accompagne d'inflammation des tissus péri-utérins, la plupart des gynécologistes défendent toute intervention.

Cependant en 1887 le Dr Poullet a été amené à traiter activement les paramétrites par la dilatation et le curettage de l'utérus. Dans douze cas de paramétrites à des degrés divers d'acuité, il a pu obtenir la guérison et cela sans que les malades présentent jamais d'accidents et beaucoup plus rapidement que par les moyens employés jusqu'ici.

Quant au manuel opératoire, le Dr Poullet se sert pour produire la dilatation de tiges de laminaire flexibles ; pour rendre ces tiges malléables, il place une tige de laminaire dure au centre d'une grosse tige de laminaire ramollie par l'ébullition dans le sublimé. En ayant soin de laisser dépasser les deux extrémités de la tige de petit calibre, il arrive à n'assouplir que la partie moyenne.

Il a traité depuis lors 57 femmes par le râclage et l'écouvillonnage selon la technique de Doléris. Chez toutes, les suites ont été absolument simples.

Il en arrive à conclure que quel que soit l'état d'inflammation des tissus péri-utérins, l'antisepsie rigoureuse par la créosote, l'iodoforme, le sublimé mettent à l'abri de toute complication.

En résumé, les accidents ne résultent pas d'un traumatisme utérin

quel qu'il soit, mais bien d'une infection des voies vasculaires ouvertes. (Poullet, *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, nº 6, 25 juin 1888.)

⁂

193. — Pommade résolutive. — N. Guéneau de Mussy.

Carbonate d'ammoniaque pulvérisé.......	5 grammes.
Camphre pulvérisé......................	1 gramme.
Axonge.................................	30 grammes.

Mêlez. — Soir et matin, on fait des onctions avec cette pommade sur les ganglions cervicaux indolents des sujets scrofuleux. — Huile de foie de morue à l'intérieur, pure ou additionnée de sirop d'iodure de fer.

194. — Traitement de la leucorrhée. — Le docteur Mortimer Wilson préconise l'emploi du sulfure de calcium (*calcium sulphide*) dans le traitement de la leucorrhée, contre laquelle il l'a administré avec succès dans plus de cent cas. Quand la maladie est simple, non compliquée d'ulcération, il le prescrit le matin et le soir, ou après les repas, à la dose de 1 à 3 grains anglais (le grain anglais vaut environ 6 centigrammes), et aucun traitement local, dit-il, n'est nécessaire. Cette médication n'a jamais manqué de modifier avantageusement la maladie et souvent l'a guérie radicalement. (*The therapeutic Gazette*, 15 juin 1888.)

195. — La métrorrhagie à l'époque de la puberté. — L'apparition subite d'un flux vaginal abondant chez les très jeunes filles est un fait mal connu : c'est cependant un symptôme alarmant qui soulève une délicate question ; celle de l'opportunité de l'exploration du vagin, examen que bien des spécialistes considèrent comme presque indispensable dans les hémorrhagies utérines.

Toutes ces difficiles questions sont discutées et résolues par le Dr Henry Coe, dans le *New-York med. Journ.*, à propos d'une intéressante observation dont voici le résumé :

Une jeune fille de treize ans, bien développée, fut prise de crampes et de douleurs suivies d'une métrorrhagie abondante quinze jours

après la période menstruelle qui était établie depuis une année environ. Les quinze jours précédents avaient été passés dans une station balnéaire fort fréquentée par le monde élégant. Quoique très abondante, l'hémorrhagie, qui dura quelques jours, ne provoqua que peu de troubles généraux. Quatre jours après la disparition de l'hémorrhagie, les règles apparurent fort abondantes.

Le repos paraît avoir, dans ces cas, une influence plus efficace que d'autres moyens plus actifs.

L'auteur attire surtout l'attention sur ces deux points : 1° la grande quantité de sang perdu sans amener d'anémie, et 2° le caractère essentiellement fortuit de l'hémorrhagie qui apparaît sans cause en dehors de l'époque menstruelle.

Bref, le docteur Coe conclut que, chez sa malade, l'hémorrhagie était en quelque sorte physiologique. Il croit que cet accident, survenant à l'époque de la puberté, n'est pas nécessairement un symptôme pathologique qui réclame une intervention active et un traitement local. Ainsi, quand la dysménorrhée fait défaut et que manquent les signes de l'anémie, la métrorrhagie de la puberté est justiciable de la seule expectation, du repos et de l'hygiène. C'est dire que l'examen vaginal est complètement inopportun.

(*Union médicale.*)

196. — Préparations antiseptiques usitées dans les accouchements. — *Liquides antiseptiques ou aseptiques pour injections et lavages.*

1° Solution phéniquée faible (de LISTER).

Acide phénique cristallisé	25 gr.
Alcool	25 gr.
Eau distillée	1000 gr.

Ou encore :

Acide phéniqué cristallisé	25 gr.
Glycérine	25 gr.
Eau distillée	1000 gr.

Cette dernière solution est mieux supportée par les téguments que la précédente.

2° Solution phéniquée forte.

Acide phéniqué cristallisé............	50 gr.
Alcool ou mieux glycérine............	50 gr.
Eau distillée........................	1 lit.

Pour toutes ces solutions, il est toujours meilleur de les préparer un peu à l'avance, la dissolution est toujours plus parfaite.

La solution phéniquée forte ne doit pas être employée d'une façon courante ; elle est réservée à des cas bien spécifiés.

3° Solution de sublimé faible.

Sublimé corosif......................	0 gr. 50
Alcool...............................	5 gr.
Eau distillée........................	1 lit.

Au lieu de dissoudre le sublimé dans l'alcool, on peut modifier avec avantage la formule de la manière suivante :

Sublimé corrosif....................	0 gr. 50
Chlorhydrate d'ammoniaque..........	0 gr. 50
Eau distillée.......................	1 lit.

Le chlorhydrate d'ammoniaque forme, avec le sublimé, un chlorure double d'ammonium et de mercure soluble dans l'eau.

4° Solution de sublimé forte.

Sublimé corrosif.....................	1 gr.
Alcool...............................	1 gr.
Eau distillée........................	1 gr.

Ou bien :

Sublimé..............................	1 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque............	10 gr.
Eau distillée........................	1 lit.

Si l'on se sert de solutions de sublimé, pour injections, prendre garde à ce que le retour du liquide soit assuré, et surveiller attentivement l'état des gencives.

5° Solution boriquée.

Acide borique........................	30 gr.
Eau distillée........................	1 lit.

Cette solution est souvent suffisante et, en tout cas, d'une innocuité parfaite. (*Bull. méd.*)

197. — Choléra infantile et son traitement. — L'auteur remarque que le collapsus observé dans le choléra infantile n'est pas le résultat des pertes sérieuses éprouvées par l'organisme, par les vomissements et la diarrhée ; ces deux derniers symptômes peuvent manquer malgré le collapsus ou être très accentués sans qu'il y ait de collapsus. Les symptômes qui lui paraissent le mieux caractériser la maladie sont : le ralentissement du pouls qui devient très petit, filiforme et le refroidissement cutané. Il en arrive à remarquer de grandes analogies avec le choc traumatique qui produit une paralysie réflexe des nerfs et à considérer le collapsus dans le choléra infantile comme une paralysie fonctionnelle ou splanchnique. Cette paralysie est la cause de la congestion du tube digestif qui se traduit par les vomissements et la diarrhée ; cette théorie appelle un traitement spécial : enveloppements humides, applications du froid, bains sinapisés, thé noir très fort alcoolisé, tels sont les moyens recommandés pour ramener le sang à la peau et aboutir à la déplétion des vaisseaux intestinaux. Si les vomissements et la diarrhée atteignent un degré inquiétant, l'auteur ne craint pas d'employer l'opium.

(SCHOFFÉ, *Centralblat fur gynecologie*, 1888, nº 6, et *Nouv. Arch. de gyn.*)

198. — Traitement de la coqueluche. — Notre savant confrère, le Dr Dubousquet-Laborderie (de Saint-Ouen), conseille contre la coqueluche les inhalations de térébenthine et l'usage interne de l'antipyrine. Voici la formule qu'il donne au *Bulletin de Thérapeutique*, auquel nous empruntons ce qui suit :

Eau de Vichy ou Vals.................	80 gr.
Sirop de framb. ou gros..............	20 gr.
Antipyrine..........................	50 c. à 1 gr.

A prendre par cuillerée à dessert, immédiatement après les quintes, en vingt-quatre heures.

Je recommande aussi de faire suivre la prise du médicament de l'ingestion d'un peu de lait ou bouillon.

Pour les enfants plus grands et les adultes, je fais prendre la quantité ordonnée pour les vingt-quatre heures dans de l'eau de Seltz ou

eau de Vichy édulcorée avec un sirop quelconque, au moment des repas, matin, midi, milieu de la journée et soir.

Chez un enfant de dix ans, très rebelle au médecin et aux médicaments, j'ai fait administrer, matin et soir, un lavement avec 1 *gramme* d'antipyrine, et le médicament a dans ce cas aussi agi avec activité en atténuant et diminuant l'intensité et le nombre des quintes d'une très violente coqueluche.

L'impureté du médicament joue certainement un rôle considérable dans la production des troubles gastro-intestinaux (Dujardin-Beaumetz, G. Sée), et j'ai été témoin d'un fait probant à cet égard : de l'antipyrine prise chez un pharmacien causait, à un enfant de douze ans, des nausées, des douleurs et crampes d'estomac, et de l'antipyrine prise chez un autre pharmacien fut très bien supportée par lui.

Tels sont les faits que je soumets à mes confrères, et les conclusions que je peux tirer de mes observations sont les suivantes :

1° Les enfants supportent bien cette médication, sauf de rares exceptions. Elle n'est pas dangereuse, et facile à administrer et à surveiller ;

2° Le spasme est rapidement calmé et la période de déclin se prononce en quelques jours ;

3° Par sa rapidité d'action et son innocuité, l'antipyrine me semble un précieux médicament.

199. — Des injections vaginales chaudes, prolongées, dans le traitement des périmétrites chroniques. — Les injections d'eau chaude combinées ou non, suivant le cas, avec une autre médication, sont d'une grande efficacité dans le traitement des périmétrites chroniques. Pour que les injections d'eau chaude soient efficaces, elles réclament les deux conditions suivantes : une température s'approchant de 40 degrés, et même la dépassant souvent ; une quantité de liquide considérable variant entre 20 et 30 litres, de manière à ce que ces injections durent une heure et même plus. Les injections d'eau chaude ont l'effet le plus heureux sur tous les phénomènes réflexes dus à l'existence de la périmétrite chronique, tels que névralgies, gastralgie, anorexie, insomnie, etc. Ce sont ces symptômes qui sont les premiers améliorés. Dans les cas favorables, ils disparaissent dès la première semaine.

L'état local est un peu plus long à se modifier; néanmoins, on voit généralement les masses péri-utérines disparaître au bout de trente jours de traitement. Dans les cas favorables il faut continuer les injections plus longtemps, mais jamais plus de deux mois.

L'appareil dont on se sert n'est ni compliqué, ni coûteux. Son maniement est extrêmement simple, et il ne survient jamais d'accidents préjudiciables. (*Bull. gén. de Thérap.*)

FORMULAIRE

Modes d'emploi de la créoline en gynécologie.

(J. Chéron.)

La créoline est un produit qu'on trouve dans le commerce sous la forme d'un liquide brun foncé, d'une consistance sirupeuse et rappelant l'odeur du goudron.

Elle est tirée de la houille anglaise au moyen de la distillation sèche, de consistance huileuse, et débarrassée des gaz hydrocarburés toxiques.

D'après l'analyse du Dr Fischer, sa composition chimique serait la suivante :

66,0 pour 100 de gaz hydrocarburés indifférents,
27,4 » phénols (sans trace d'acide carbolique),
2,2 » bases organiques (semblables à la pyridine),
4,4 » cendre composée de carbonate, un peu de chlore et des traces de sulfates.

Elle s'émulsionne avec l'eau et lui donne un aspect laiteux et opaque qui permet, avec son odeur de goudron, de la reconnaître facilement.

Froehner a montré son innocuité par l'expérimentation chez les animaux.

Eisenberg a entrepris une série d'expériences, d'où il résulte que ses propriétés antiseptiques sont bien supérieures à celles de l'acide phénique et du sublimé, tout en étant un produit dépourvu de toute toxicité et bien supporté par les muqueuses.

Kortüm a vanté ses propriétés hémostatiques et recommandé de substituer la gaze créolinée (à 2 ou 3 %) à la gaze iodoformée pour

pratiquer le tamponnement de l'utérus après l'accouchement lorsque des hémorrhagies sérieuses indiquent l'emploi de ce mode de traitement.

Notre confrère, le Dr Weber, qui préconisait récemment (*Bulletin médical*) la créoline dans le traitement de l'uréthrite, de la vaginite et des métrites, a eu l'obligeance de nous procurer une certaine quantité de ce produit pour que nous puissions l'expérimenter dans notre service de Saint-Lazare.

Les résultats que nous avons obtenus avec notre interne, M. Jules Batuaud, sont assez satisfaisants pour mériter une courte note.

Nous avons employé une solution faible à 2 % et une solution forte à 5 %.

La solution faible nous a servi à pratiquer des injections vésicales, dans les cas d'uréthrite blennorrhagique chez la femme. Cinq grammes injectés, avec la seringue de Braun, directement dans la vessie, ne déterminent ni douleur, ni intoxication, et l'écoulement uréthral ne tarde pas à diminuer d'abondance, à devenir muqueux, puis à disparaître complètement lorsque ces injections sont répétées tous les deux jours.

La vaginite blennorrhagique est rapidement modifiée par des badigeonnages de la vulve, du vagin et des culs-de-sac, avec la solution forte à 5 %.

Dans les endométrites cervicales de forme purulente, des attouchements de la muqueuse enflammée avec de l'ouate hydrophile imbibée de solution forte et enroulée autour d'un applicateur de Playfair, tarissent la suppuration en quelques jours, surtout dans le cas de blennorrhagie du col. Il convient en même temps de badigeonner le museau de tanche et les culs-de-sac du vagin avec la même solution.

Enfin, nous nous proposons de faire préparer de la gaze créolinée pour pratiquer le tamponnement de la cavité utérine que nous pratiquons jusqu'à ce jour avec la gaze iodoformée, dans les endométrites hémorrhagiques.

De nos expériences actuelles nous avons lieu de conclure à l'efficacité particulière de la créoline contre les microbes de la suppuration et de la blennorrhagie ; aux doses que nous avons indiquées, elle n'est ni douloureuse, ni toxique.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — Les injections sous-cutanées d'antipyrine et de cocaïne dans les accouchements et les petites opérations gynécologiques (*observation nouvelle*).
II. — Les lavements d'eau chaude en gynécologie.
III. — Un cas d'absence totale de l'utérus et du vagin avec développement normal des ovaires.

Nos lecteurs savent l'utilité qu'on peut retirer et qu'on retire chaque jour de l'emploi du chlorhydrate de cocaïne en gynécologie (1). Grâce à ce précieux anesthésique local, les cautérisations énergiques de la muqueuse vulvaire et de la muqueuse vaginale, l'ablation des petites végétations de l'urèthre et de la région ano-vulvaire, les opérations de fistules génitales, les trachélorrhaphies, les ignipunctures profondes du col et les périnéorrhaphies, peuvent être pratiquées sans recourir au chloroforme. C'est sous forme de badigeonnages des parties à opérer que mon excellent maître, le Dr Chéron emploie la cocaïne, considérant que ce médicament est suffisamment actif, utilisé de cette façon, et qu'on évite ainsi toute crainte d'intoxication ; les injec-

(1) Jules Batuaud. Des applications thérapeutiques de la cocaïne en gynécologie. *Rev. méd. chir. des maladies des femmes*, avril 1885, et Paris, Lechevalier, 1885.

tions sous-cutanées de cocaïne pourraient au contraire donner lieu quelquefois à des accidents, d'ailleurs légers, et il vaut mieux se contenter des simples badigeonnages.

Il est certain que cette manière de faire est d'une application assez difficile en obstétrique, étant donnée la nécessité de répéter ces badigeonnages toutes les demi-heures au moins, et de nettoyer avec soin toutes les parties sur lesquelles on applique le médicament. C'est pourquoi l'anesthésie locale n'a été que rarement utilisée dans la pratique des accouchements. L'usage du chloroforme, dans les accouchements laborieux, même en dehors des opérations obstétricales, tend au contraire à se vulgariser de plus en plus. On l'administre ordinairement à petites doses, de façon à faire disparaître la douleur, sans produire l'anesthésie absolue, et le travail suit son cours régulier sans que la parturiente soit le moins du monde sidérée et perde la conscience de ce qui se passe autour d'elle. Malgré les résultats excellents obtenus jusqu'ici, on s'est préoccupé de produire l'analgésie en employant des moyens d'une application plus facile et d'une innocuité plus grande que les inhalations de chloroforme. Dernièrement (1), M. Imbert de la Touche (de Lyon) a montré que les injections hypodermiques d'antipyrine permettent de calmer les douleurs de l'accouchement sans diminuer l'efficacité, la force et la fréquence des contractions utérines. Le Dr Fauchon (d'Orléans) a également eu recours à l'antipyrine en injections sous-cutanées ; il en a obtenu de bons effets dans deux cas qu'il rapporte dans le *Bulletin général de thérapeutique* (1888, p. 267). Il propose d'associer l'antipyrine à la cocaïne, et formule une solution contenant 2 gr. de la 1re substance pour 0,04 centigr. de la 2e dissous dans 4 gr. d'eau distillée. On injecte le contenu d'une seringue de Pravaz ordinaire, et au besoin on renouvelle l'injection.

Cette méthode, qui semble absolument exempte de danger par suite des faibles doses d'antipyrine et de cocaïne ainsi employées, mérite d'être vulgarisée. Elle pourrait également recevoir des applications journalières en petite chirurgie gynécologique, par

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 30 juillet 1888.

exemple, pour pratiquer la dilatation du canal cervical, réduire une rétroflexion avec adhérences, pour le raclage de la cavité utérine, etc., etc.

Nouvelle observation montrant l'efficacité des injections sous-cutanées d'antipyrine et de cocaïne dans l'accouchement.

Je venais de rédiger cette Revue, lorsque le 13 octobre 1888, à 4 heures du soir, étant de garde, je dus aller assister une parturiente de l'infirmerie de Saint-Lazare. Je fis préparer à tout hasard une solution d'antipyrine et de cocaïne (antipyrine 2 gr., chlor. de cocaïne 0,04 centigr., eau distillée 4 grammes), et me rendis auprès de la malade.

Il s'agit d'une jeune femme de 18 ans, atteinte de syphilis secondaire, primipare ; elle est arrivée au 8e mois de sa grossesse et n'a plus senti remuer son enfant depuis 15 jours, époque à laquelle elle fit une chute sur le côté gauche. Elle est atteinte de syphilides ano-vulvaires papulo-hypertrophiques. Le travail a commencé la veille au soir et les douleurs ont été très pénibles ; la malade pousse des cris et est dans un état d'excitation extrême depuis le matin, sans interruption pour ainsi dire. A 9 heures du matin, au moment de la visite, on a constaté une présentation du sommet et une dilatation grande comme une pièce de 5 francs. En présence de l'excitation et des cris de la malade, je me crois autorisé à lui pratiquer une injection hypodermique de 1 gr. de la solution précédemment indiquée ; cette injection est faite dans l'épaisseur des parois abdominales, point où siègent surtout les douleurs. Un calme presque complet survient aussitôt et je puis faire mon diagnostic : Enfant mort en présentation occipito-iliaque gauche antérieure ; la dilatation n'a pas plus de 5 cent. de diamètre, le col est dur. Les contractions utérines persistent et sont très rapprochées ; malgré cela, la malade ne se plaint que très peu et consent à « ne pas se retenir », comme elle l'a fait jusqu'à présent. A 6 heures du soir, la dilatation est complète, je romps la poche des eaux. La tête vient bomber au niveau de la vulve qui est très sensible à cause des lésions syphilitiques. La malade se remet à crier. Injection sous-cutanée de 1 gr. dans la fesse. Immédiatement le calme revient, la malade pousse énergiquement et l'accouchement se termine en quelques minutes. L'enfant est mort et la peau commence à se macérer.

Délivrance par expression (méthode de Crédé), un quart d'heure après, sans douleurs.

Dans ce cas, il a été évident pour l'assistance comme pour moi que :

1° Les injections hypodermiques d'antipyrine et de cocaïne ont merveilleusement calmé les douleurs ;

2° Le travail a été notablement raccourci et les contractions utérines se

sont montrées beaucoup plus efficaces, la malade cessant de se retenir à partir de ce moment. Sans doute l'enfant était petit ; mais il s'agissait d'une primipare très jeune, ayant la vulve étroite et surtout rendue très sensible par les lésions syphilitiques qui la couvraient. Cette observation est donc en somme très concluante.

II. — Le Dr Hœfler (1) a obtenu de bons résultats des lavements d'eau chaude, avec ou sans addition de médicaments salins, contre les affections chroniques de la vessie qui s'accompagnent de ténesme, les exsudats péri-utérins et les affections rénales.

Leur premier effet est d'activer la diurèse ; l'organisme est traversé, grâce à leur emploi, par un courant liquide d'une grande activité ; par suite la bile coule avec plus d'abondance, certains poisons qui ont pu pénétrer dans le corps sont entraînés au dehors, la perspiration cutanée se trouve accrue du même coup, les canalicules du rein sont désobstrués quand il y a lieu ; l'absorption par les veines et les lymphatiques est augmentée, les exsudats se résorbent et on voit se relever la nutrition des organes dont la circulation était languissante jusqu'alors.

En même temps la défécation est sollicitée sans qu'on ait à recourir aux purgatifs. M. Hœfler recommande de donner des lavements avec de l'eau entre 42° et 50°, les malades restant dans le décubitus horizontal pendant les dix premières minutes qui suivent l'injection, celle-ci devra se faire progressivement ; la quantité du liquide injecté ne devra jamais être de plus de 1 litre.

Il y a déjà plusieurs années que M. Chéron emploie les irrigations rectales chaudes et les substitue aux irrigations vaginales dans les maladies utérines (2) lorsque les irrigations vaginales sont mal supportées. « Il suffit d'introduire avec l'irrigateur, dit-il, quatre ou cinq cents grammes d'eau chaude et de la faire rejeter deux ou trois minutes après. Plusieurs fois de suite, la même injection peut être faite et répétée dans la même journée. Le voisinage si immédiat de l'appareil utéro-ovarien, le

(1) *Munchner Med. Woch.* 1888, n° 23, et *Revue de thérap. méd. chir.*, 1888, p. 521.

(2) J. Chéron. *Rev. méd. chir. des maladies des femmes*, mars 1886.

contact plus direct avec le corps de l'utérus, que l'injection vaginale n'atteint pas, sont des conditions qui nous ont permis souvent d'utiliser l'irrigation rectale et d'en obtenir des résultats bien supérieurs à ceux que nous avait donnés l'irrigation vaginale. »

C'est surtout dans les congestions vésicales d'origine utérine, dans les régressions incomplètes de l'utérus après l'accouchement ou la fausse couche, dans les rétroversions et les rétroflexions avec ou sans adhérences, dans les corps fibreux, les congestions de l'appareil utéro-ovarien, certaines salpingites et paramétrites que les lavements d'eau chaude sont appelés à rendre les plus grands services en gynécologie. On pourrait également en retirer des avantages dans les prolapsus récents de la paroi postérieure du vagin; mais lorsque le prolapsus est ancien, il n'y a qu'une opération qui puisse amener la guérison, comme dans un cas que j'ai observé dans ces derniers temps et où j'ai employé les lavements journaliers d'eau chaude, pendant trois mois consécutifs, sans aucun résultat. Malgré cet insuccès que j'avais du reste prévu, je crois les irrigations rectales d'eau chaude réellement utiles dans un grand nombre d'affections pelviennes chez la femme ; les expériences intéressantes de M. Hœfler ne peuvent que corroborer cette conviction.

III. — Les cas d'absence totale de l'utérus et du vagin avec développement normal des ovaires, douleurs menstruelles ovariques et déviation des règles par le nez sont assez rares pour que je croie devoir reproduire ici l'observation suivante que le docteur Klein publiait récemment dans la *Gazette médicale de Strasbourg* :

« Il s'agit d'une personne qui, quoique âgée de 27 ans, n'a pas encore vu couler ses règles. Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 21 ans. A cette époque apparurent quelques malaises, tels que maux de tête, douleurs lombaires, douleurs irradiant vers les cuisses jusque dans les genoux. Ces douleurs sont d'ordinaire assez fortes et ne quittent jamais la malade ; elles s'exagèrent périodiquement toutes les trois semaines pendant une

durée de deux jours et sont alors accompagnées presque régulièrement d'épistaxis.

Un de ces saignements de nez périodiques put être observé. La quantité de sang perdu n'était pas considérable ; le sang était veineux et n'offrait rien de particulier à l'examen microscopique.

La malade est une jeune fille de taille moyenne et de bonne constitution. L'examen général n'offre rien de particulier.

Les seins sont parfaitement développés, le mont de Vénus est bien garni de poils, le ventre est souple, légèrement douloureux à la pression dans les régions iliaques. Le bassin est légèrement rétréci dans tous ses diamètres. Les organes génitaux externes paraissent tout à fait normaux.

Les grandes et les petites lèvres, le clitoris et l'urèthre sont bien développés. L'ouverture du vagin est hermétiquement fermée par un hymen charnu, imperforé et résistant à une forte pression du doigt.

Afin de se rendre compte d'où pouvaient provenir les douleurs émanant du petit bassin, l'examen des organes génitaux internes fut pratiqué par le rectum pendant l'anesthésie chloroformique.

On constata l'absence totale de l'utérus et du vagin. La vessie et le rectum se touchent complètement, car les deux doigts introduits dans le rectum rencontrent, immédiatement en avant, une sonde qui se trouve dans la vessie. Par contre, on parvient à palper aisément les deux ovaires, de grandeur et de consistance normales. Ces deux organes occupent leur place naturelle et sont reliés par un cordon de l'épaisseur d'une plume d'oie, tendu horizontalement à travers le petit bassin. Ce cordon n'offre point partout la même résistance et paraît être composé de plusieurs fibres.

Nous sommes donc ici en présence d'une absence totale de l'utérus et du vagin. Que fallait-il faire ? Un vagin artificiel ? C'eût été une entreprise bien hardie ou même impossible, la vessie et le rectum étant soudés intimement l'un à l'autre. De plus, cela

n'aurait pas débarrassé notre malade de ses douleurs ovariques.

On lui proposa donc l'extirpation des ovaires, ce qu'elle refusa. Espérons qu'elle reviendra lorsque ses douleurs deviendront insupportables ! »

J. B.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr Chéron.

De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical.

ONZIÈME LEÇON

KYSTES FOLLICULAIRES ET DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DU COL, POLYPES MUQUEUX, POLYPES FOLLICULAIRES, POLYPES UTÉRO-FOLLICULAIRES.

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service.

Sommaire. — A l'histoire de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical on doit rattacher non seulement les lésions que nous avons étudiées jusqu'ici, mais encore les kystes folliculaires, simple exagération d'une des lésions habituelles de l'endo-cervicite, la dégénérescence kystique du col, caractérisée par la coïncidence d'un certain nombre des kystes folliculaires sur un même utérus, les polypes muqueux, forme particulière de valvules cervicales, enfin les polypes folliculaires et utéro-folliculaires.

Anatomie pathologique des kystes folliculaires du canal cervical et de la dégénérescence kystique du col. Leur étiologie est obscure si on ne comprend pas leur relation étroite avec l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. Signes physiques et symptômes : tension et pesanteur locale, leucorrhée, stérilité, dysménorrhée, écoulements albumineux, troubles réflexes variés. Transformation possible en polype folliculaire ou utéro-folliculaire. Traitement par la ponction, l'énucléation, la cautérisation (caustique de Filhos, caustique de Canquoin, cautérisations ignées), ou par l'excision, voire même par l'amputation du col.

Définition des polypes muqueux, folliculaires et utéro-folliculaires ; polypes mixtes faisant transition entre ces diverses formes. Statistique de

Ch. West. Fréquence des polypes après la ménopause. Y a-t-il une relation entre les polypes muqueux et les corps fibreux ? Cas de Nonat. Polypes muqueux du col et polypes de l'urèthre. Symptomatologie générale de ces polypes : dysménorrhée, leucorrhée et hémorrhagies utérines. Les hémorrhagies viennent-elles du polype ou de l'utérus ? Encore la zone réflexogène. Observation intéressante de Ch. West. Opinion concordante d'Emmet. Les polypes et la pelvipéritonite. Une observation d'Emmet utile à retenir. Ce fait n'est pas isolé. Erreurs de diagnostic à propos des gros polypes utéro-folliculaires : inversion utérine, cancer du col. Les polypes cachés dans le canal cervical et les polypes intermittents. Traitement des polypes du col.

Le lien qui rattache entre elles les diverses lésions que nous avons étudiées jusqu'ici, c'est-à-dire l'endo-cervicite, les valvules du canal cervical, les ectropions et les ulcérations du col, est un lien tellement étroit qu'il ne saurait subsister dans votre esprit aucun doute sur l'entraînement de ces divers phénomènes pathologiques.

Plus vous observerez de malades et plus vous vous convaincrez, je l'espère, que ce sont des états connexes, des phases successives de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. Notre sujet n'est pas cependant épuisé, ainsi que je vous l'ai fait soupçonner dans la leçon consacrée à la pathogénie. Parmi les questions qu'il nous reste à étudier ensemble, celle des kystes et des polypes du col est celle que je suis conduit logiquement à aborder aujourd'hui ; c'est aussi l'une de celles que vous devez le mieux connaître, car il s'agit de lésions fréquentes, de lésions qui jouent un rôle important dans la santé des femmes, de lésions quelquefois difficiles à diagnostiquer ; enfin, le traitement qui leur est applicable, pour être d'un emploi journalier, ne demande pas moins certaines précautions qu'on néglige trop souvent, au risque de compromettre la vie des malades.

Dans toutes les préparations histologiques d'endométrite cervicale on rencontre au moins une ou deux glandes augmentées de volume et transformées en kyste par l'oblitération de leur canal excréteur. Les kystes folliculaires du col, autrefois appelés œufs de Naboth, ne sont donc en réalité que l'exagération d'une lésion habituelle dans l'endo-cervicite : je n'ai à vous parler actuelle-

ment que des cas où ces kystes prennent un développement assez grand pour dominer la scène pathologique et nécessiter un traitement spécial. Lorsque ces kystes sont en assez grand nombre, soit dans le canal cervical, soit sur les lèvres du col (dans ce cas, il y a toujours un ectropion), on se trouve en présence de l'état que Gaillard Thomas (1) a dénommé dégénérescence kystique du col.

Le volume des kystes folliculaires du col varie depuis la grosseur d'un pois, jusqu'à celle d'une noisette et même d'une petite noix. Lorsqu'ils sont contenus dans le canal cervical, ils pressent de dedans et dehors les lèvres du museau de tanche et renversent ainsi l'orifice externe, de telle façon que le doigt pénètre facilement dans le canal et permet de sentir un plus ou moins grand nombre de saillies sphériques ou hémisphériques, soulevant la muqueuse, et jouissant d'une rénitence marquée. Lorsqu'ils sont placés dans la partie inférieure du canal, on peut les apercevoir au spéculum, si surtout on prend soin d'écarter les lèvres du col avec deux ténaculums, et alors on peut noter la forme arrondie de ces petites tumeurs kystiques et leur aspect bleuâtre ou ambré, tranchant sur la coloration rougeâtre des parties voisines. Vient-on à les ponctionner avec la pointe du scarificateur, ils s'affaissent en donnant issue à un liquide visqueux, incolore ou citrin, qui n'est autre chose que le mucus accumulé dans la glande oblitérée. Ceux qui sont situés près de l'orifice interne ne peuvent qu'être soupçonnés par les symptômes, d'ailleurs peu caractéristiques, auxquels ils donnent naissance, à moins que le canal cervical soit rendu visible sur une assez grande étendue par la dilatation artificielle. Lorsque l'un de ces kystes se rompt spontanément, il y a une amélioration marquée de tous les symptômes, due à ce que le canal cervical cesse d'être irrité et comprimé, et on constate en même temps l'écoulement d'une quantité plus ou moins grande de liquide visqueux albumineux. Cet écoulement passe souvent inaperçu en raison de la leucorrhée habituelle, en rapport avec l'endo-cervicite qui accompagne les kystes

(1) Gaillard Thomas. *Traité clinique des maladies des femmes,* trad. de Lutaud. Paris, 1879, p. 278.

folliculaires. Les autres symptômes consistent en une sensation de tension locale en rapport avec la dilatation de la muqueuse par les petites tumeurs, une pesanteur dans le bas-ventre continue et très pénible. La stérilité et la dysménorrhée sont également l'accompagnement obligé de cette lésion, ce qui tient à l'oblitération plus ou moins grande du canal cervical et aux sécrétions dont il est le siège. Quant aux troubles réflexes tels que la névralgie lombo-abdominale, les névralgies diverses, les troubles digestifs, les modifications du caractère, etc., leur fréquence et leur importance ne sauraient vous surprendre, puisque le canal cervical représente la zone réflexogène par excellence de tout l'appareil génital de la femme. Ces kystes ont une tendance spontanée à s'accroître dans tous les sens, en bombant de plus en plus dans la cavité du col en même temps qu'ils s'enfoncent plus profondément dans l'épaisseur du tissu utérin. D'autres fois, c'est surtout vers la lumière du canal cervical qu'ils se développent et ils peuvent ainsi donner naissance aux diverses variétés de polypes folliculaires et utéro-folliculaires que nous allons étudier tout à l'heure.

Quant à la dégénérescence folliculaire ou kystique des lèvres du col, elle est représentée par l'existence, sur un ectropion plus ou moins ancien, d'un certain nombre de ces kystes dont nous venons de voir les caractères lorsqu'ils sont contenus dans la cavité du col. Elle présente, d'après Gaillard Thomas, trois phases bien distinctes : 1° On remarque sur la muqueuse un certain nombre de vésicules de la grosseur d'un grain de millet et dues à la rétention de la matière secrétée ; 2° les kystes s'ouvrent, laissent échapper une matière gélatineuse et l'on remarque sur l'emplacement qu'ils occupaient une petite dépression ; 3° les papilles contenues dans quelques-uns de ces kystes s'hypertrophient et deviennent rouges et enflammées.

La ponction est le meilleur mode de traitement des kystes folliculaires, lorsqu'ils ne sont ni trop volumineux, ni trop nombreux. Lorsqu'ils sont facilement accessibles, cette petite opération amène un soulagement immédiat dans les symptômes accusés par les malades. Siègent-ils profondément dans le canal

cervical, la dilatation est le meilleur moyen de les découvrir et en même temps de les soigner. Une fois qu'on les aura ainsi rendus visibles, s'ils ne sont qu'au nombre de deux ou trois, et trop gros pour que la ponction soit suffisamment efficace, on peut les rompre, comme le conseille Emmet (1), avec la curette à dents de scie de Gaillard Thomas qu'on glisse à leur surface en exerçant une certaine pression. Dans le cas où les kystes sont nombreux et répartis sur toute la surface de la cavité du col, il faut, après avoir pratiqué une dilatation suffisante, cautériser toute l'étendue du canal cervical avec le caustique de Filhos, employé avec toutes les précautions que je vous ai indiquées dans le traitement de l'endométrite cervicale, ou bien encore avec le caustique de Canquoin vivement recommandé par Demarquay et O. Saint-Vel. Ce caustique doit être laissé 24 heures en place, retetenu dans le col au moyen de deux gros bourdonnets d'ouate. Vingt-quatre heures après, la malade retire au bain, à la fois la flèche de caustique, et les tampons, au moyen des fils qui y sont attachés. Pour moi, je préfère, en pareille circonstance, les cautérisations ignées, en forme d'étoile, du canal cervical, pratiquées avec les scarificateurs du galvano-cautère à accumulateurs, suivant le manuel opératoire que vous connaissez déjà. Si la dégénérescence kystique a envahi profondément les deux lèvres du col, j'ai recours à l'excision conoïde, comme pour les ectropions simples, et cette méthode m'a toujours semblé suffisante. Je dois dire cependant que, d'après Gaillard Thomas, quelques cas particulièrement graves nécessiteraient l'amputation du col; mais je n'ai jamais eu besoin d'y recourir dans les cas de dégénérescence kystique que j'ai observés.

Les productions polypeuses qui se forment aux dépens de la muqueuse du canal cervical ne représentent en réalité que des hypertrophies localisées de cette muqueuse ; seulement, suivant que tel ou tel des éléments qui entrent dans la constitution de celle-ci prendra une part plus importante dans le tissu morbide, le polype aura des caractères variables de consistance et d'aspect

(1) Emmet, loc. cit., p. 630.

en rapport avec la variabilité de sa composition. C'est ainsi qu'on distingue avec juste raison des polypes muqueux, des polypes folliculaires et des polypes utéro-folliculaires. Les premiers sont ceux qui ont la composition la plus simple ; ils sont à la muqueuse du col, suivant la comparaison d'Aran, ce que sont les fongosités par rapport à l'endométrite du corps ; ils sont constitués uniquement par la muqueuse et par un peu de tissu cellulaire. Un fin réseau vasculaire parcourt leur surface, leur coloration est rougeâtre, leur consistance mollasse au point de passer souvent inaperçues au toucher vaginal lorsqu'elles sont de petit volume ; leur grosseur, en général minime, varie depuis le volume d'un grain d'orge jusqu'à celui d'une petite figue aplatie. Ils peuvent prendre naissance sur toute la hauteur du canal cervical, depuis l'orifice interne jusqu'aux lèvres du museau de tanche. Quelquefois on peut les observer avant que leur pédiculisation soit complètement achevée ; ils représentent alors des replis ayant avec le col, suivant la remarque de Ch. West (1), les mêmes rapports que les colonnes charnues adhérentes avec les parois du cœur. Le plus ordinairement ils sont munis d'un pédicule grêle et mince qui s'attache sur un point quelconque du canal, plus près en général de l'orifice externe que de l'orifice interne ; pour bien se rendre compte de la longueur de ce pédicule, on tend légèrement le polype avec une pince lisse et on suit le pédicule avec une sonde. Il peut être caché dans la cavité du col et alors il est assez difficile à découvrir, car, après la dilatation, il faut la plus grande attention pour ne pas laisser passer inaperçu un polype petit, aplati, simulant, dit Emmet, une masse de mucus collant saturé de sang. Lorsqu'il est gros comme un pois, le cathétérisme du canal cervical permet ordinairement de le reconnaître.

Quelquefois ce n'est qu'au moment des époques menstruelles qu'il vient faire saillie à l'orifice externe et qu'il peut être facilement reconnu sous la forme d'une petite excroissance charnue,

(1) Ch. West. *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. Mauriac. Paris, 1870, p. 305.

rougeâtre, dont l'hystéromètre peut faire le tour. Plus rarement les polypes muqueux descendent dans le vagin ; on en a observé qui étaient gros comme une figue aplatie donnant du sang au moindre contact.

Quelques polypes muqueux sont parsemés de grains translucides dus à des petits œufs de Naboth, incrustés dans leur épaisseur ; ils forment ainsi la transition entre les polypes muqueux et les polypes folliculaires.

Ces derniers sont le résultat de l'accroissement du côté de la cavité du col et de la pédiculisation des kystes folliculaires dont je vous parlais au début de cette leçon. Ils constituent de petites tumeurs grosses et rouges comme des cerises, d'autres fois plus pâles et translucides, donnant issue à une certaine quantité de liquide albuminoïde incolore si on vient à les ponctionner.

Les polypes utéro-folliculaires, dont nous devons la connaissance à Huguier (1), ne diffèrent des précédents que par ce fait que le tissu du parenchyme utérin entoure les kystes, ordinairement plus volumineux que dans la première variété, et leur constitue un pédicule plus ou moins grêle, plus ou moins épais ou aplati suivant les cas. Ces polypes, souvent volumineux comme une cerise, peuvent être gros comme une orange et même dépasser le volume de l'utérus. Ils prennent quelquefois la forme d'une figue ; d'autres fois ils ont été comparés à un battant de cloche ; on en a même vu qui étaient assez longs pour pendre hors de la vulve. Comme les kystes qu'ils contiennent, les polypes utéro-folliculaires peuvent être pleins ou creux. « C'est ainsi, dit Montfumat (2), qu'on peut rencontrer des polypes avec des cavités assez vastes, ou mêmes des polypes ne présentant qu'une seule cavité, s'ouvrant par un orifice situé dans l'axe du col utérin et tapissés à leur intérieur par une membrane muqueuse... Dans le cas de cavité unique et assez vaste, l'orifice est souvent arrondi, mais quelquefois fissural et transversalement dirigé, ce

(1) Huguier. *Mémoire sur les kystes de la matrice.* Mém. de la Soc. de chir., 1847, t. I.

(2) *Mémoire sur les kystes de la matrice.* Mém. de la Soc. de chir. 1847, t. I.

qui a pu faire croire à un prolapsus utérin, d'autant plus qu'à l'époque des règles on constate qu'il est le siège d'un écoulement sanguin. » Ces polypes peuvent affecter des aspects différents suivant l'état de la muqueuse qui les recouvre : dans certains cas on y peut voir des lignes bleuâtres dues à des sinus veineux développés dans son épaisseur ; dans d'autres cas, à la suite de cautérisations intempestives, ou par suite du défaut de soins de propreté, la muqueuse peut se modifier de façon à faire croire à l'existence d'un champignon épithéliomateux.

Telle est, brièvement résumée, l'anatomie pathologique des polypes du col. La statistique suivante de Ch. West (1) peut vous donner une idée des conditions dans lesquelles on les rencontre le plus souvent. Sur 23 cas, dit cet auteur, 5 existaient chez des femmes non mariées, et 18 chez des femmes mariées ; parmi ces dernières, 12 avaient eu des enfants nés à terme ; 1 avait avorté plusieurs fois et 5 n'avaient jamais été enceintes ; la plus jeune de ces malades avait 23 ans et la plus âgée 57 ans. Un fait qui ne ressort pas de cette statistique est la fréquence relative des polypes muqueux après la ménopause ; dans ces derniers mois, j'ai eu l'occasion d'en observer quatre ou cinq dans ces conditions : l'un d'eux existait chez une malade de 60 ans et l'autre chez une malade de 74 ans. Vous voyez donc qu'il ne faut pas compter sur la ménopause pour faire régresser les polypes du col, puisqu'on peut les observer jusqu'à un âge avancé.

La cause de ces polypes est mal connue dans son essence ; ce qui peut le mieux en rendre compte, c'est de les rattacher à l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical qui les précède ou les accompagne. Vous savez qu'ils coïncident assez fréquemment avec des tumeurs fibreuses de l'utérus pour que ce fait ait été noté par plusieurs observateurs et que j'aie eu plus d'une fois l'occasion de vous le signaler. Y aurait-il une relation causale entre ces deux variétés de tumeurs ? Nonat a publié une observation bien curieuse sous ce rapport (2) et que je vous engage à lire *in extenso* ; vous y verrez que, pendant trois ans,

(1) Loc. cit. p. 308.

(2) Nonat. *Bulletin de la Soc. de chir.*, IX, p. 470, 1858-59.

une malade vit évoluer successivement ou simultanément une série de masses fibreuses, dont quelques-unes atteignirent le volume du poing, et de polypes muqueux du col qui repullulaient sans cesse. En réalité, on ne sait pas pourquoi certaines malades ont un utérus dont les divers tissus ont une tendance aux hypertrophies localisées. Je ne saurais dire davantage pourquoi les polypes du col et les polypes de l'urèthre se rencontrent assez souvent chez le même sujet; mais j'ai noté cette coïncidence à plusieurs reprises, surtout dans ces dernières années.

Les symptômes de polypes du col, en dehors de la dysménorrhée et de la leucorrhée, en dehors des troubles réflexes variés qui accompagnent habituellement les lésions du canal cervical, consistent en hémorrhagies plus ou moins abondantes suivant les cas, mais qui manquent très exceptionnellement de se produire à une période du développement des polypes. Leur abondance ne dépend nullement du volume de la tumeur, mais bien de ses rapports avec le canal cervical. Ch. West, Emmet, entre autres auteurs, ont judicieusement observé que c'est pendant la période où le polype est inclus dans la cavité du col, lorsqu'il irrite cette zone réflexogène dont je ne cesse de vous rappeler l'importance, que les hémorrhagies sont le plus sérieuses. C'est pourquoi certains malades racontent qu'elles ont eu d'abord des pertes profuses qui à la longue ont diminué, et ont même parfois complètement disparu. C'est pourquoi l'on doit admettre que le sang vient de l'utérus et non de la tumeur, car celle-ci est bien souvent trop petite pour représenter la source de l'hémorrhagie et ce sont souvent les gros polypes, obstruant plus ou moins le vagin, qui donnent lieu aux pertes les plus insignifiantes. Une observation de Ch. West (1) est particulièrement probante à ce sujet. Il s'agit d'une malade ayant, depuis 3 ans, des hémorrhagies extrêmement abondantes qui avaient cessé sans cause connue depuis 3 mois. West excisa un polype inséré sur la face interne du col ; une perte abondante se produisit aussitôt sans autre accident. Six mois après, la malade accouchait à terme d'une grossesse méconnue. Ainsi, « pendant trois ans, dit-il,

(1) Loc. cit., p. 309.

le polype avait irrité la matrice et il y avait eu des pertes abondantes. La grossesse étant survenue, il se produisit vers l'organe un afflux plus considérable du sang. La vascularité du polype aurait donc dû s'accroître au lieu de diminuer; cependant, la perte ne se produisit pas. La cavité utérine était maintenant tapissée par la caduque; le canal cervical était bouché par un tampon muqueux provenant des œufs de Naboth. Mis ainsi à l'abri de l'irritation, l'organe cessa de verser du sang à sa surface interne, et la leucorrhée attesta seule la présence de la tumeur.»

Les polypes du col entraînent souvent de la pelvi-péritonite, et c'est une complication qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit pour ne pas opérer à la légère, ainsi qu'on le fait trop souvent. Vous trouverez dans le traité d'Emmet une observation bien utile à retenir. Il s'agit d'une jeune dame de 22 ans, sur le point de se marier, à qui Emmet enleva, par arrachement, et cela sans précaution aucune, un petit polype pas plus gros qu'un pois, faisant saillie hors de l'orifice externe. Elle ne souffrit pas et ne perdit pas de sang. La nuit suivante elle était prise de frissons violents et elle mourait 5 ou 6 jours plus tard de péritonite généralisée. West rapporte également un cas de péritonite, mais terminé celui-là par la guérison, à la suite d'un arrachement de petit polype muqueux. Je connais moi-même un cas de mort arrivé, dans un hôpital de Paris, dans des conditions analogues, en sorte que je crois de mon devoir de vous signaler ces faits, afin que vous évitiez toujours de pareilles imprudences.

Les gros polypes utéro-folliculaires descendus dans le vagin peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. C'est ainsi que certains polypes creux ont été pris pour une inversion utérine, pour l'utérus lui-même. Pour éviter cette erreur, il faut, ainsi que le recommande Huguier, qui en rapporte une observation très intéressante, dans son remarquable traité de l'hystérométrie (1), chercher à circonscrire la base de la tumeur avec une sonde, de façon à trouver l'orifice vrai de l'utérus et faire

(1) Huguier : *De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin*. Paris, 1865, p. 174.

le cathétérisme de cet organe. Avec un peu d'attention, cette erreur ne devrait pas être commise.

Dans une circonstance, je fus demandé par un confrère pour voir une malade atteinte, me disait-il, de cancer inopérable du col. Au toucher, le vagin était rempli par une masse mollasse, putrilagineuse, donnant lieu à un écoulement de sang et de pus d'une extrême fétidité.

En cherchant à me rendre compte de l'état des culs-de-sac, j'arrivai, non sans peine, à pénétrer à la profondeur normale et je crus sentir le col de l'utérus sain et, derrière lui, le cul-de-sac postérieur souple et normal en apparence. Je raclai avec l'ongle la tumeur et je finis par l'enlever presque complètement ; je pus alors sentir le pédicule, gros comme une plume d'oie, qui venait s'insérer dans le canal cervical. Il s'agissait donc, en réalité, d'un gros polype utéro-folliculaire qu'il fut facile d'enlever complètement et la malade fut aussitôt guérie.

Les polypes cachés dans le canal cervical ne sont pas faciles à reconnaître à moins d'une dilatation et d'un examen soigneux ; je vous ai dit plus haut comment on pouvait les apercevoir et suivre leur pédicule jusqu'au point d'implantation. Quelques-uns d'entre eux ne font saillie entre les lèvres du col qu'au moment des règles et donnent lieu à des interprétations variées des médecins consultés, les uns trouvant le corps du délit, les autres niant son existence, au grand ennui de la malade qui ne sait à qui entendre. Ces polypes intermittents, comme on les appelle, ne sont pas très fréquents, bien qu'on en ait publié déjà un assez grand nombre d'exemples ; j'ai eu, pour ma part, l'occasion d'en voir plusieurs cas.

Je n'insisterai pas beaucoup sur le traitement des polypes du col. Quelques auteurs conseillent de sectionner le pédicule avec les ciseaux et de faire ensuite une application de teinture d'iode ; ils craignent que la torsion du polype produise une péritonite. Pour moi, voici ce que je vous conseille. Ne jamais opérer d'emblée un polype quelque petit qu'il soit, sans avoir fait un examen complet pour savoir s'il n'existe pas de la pelvi-péritonite. Bien décongestionner l'utérus et bien aseptiser tout l'appareil

génital avant d'opérer. Enlever le polype par torsion, sans arrachement, et cautériser son point d'implantation avec la flèche du thermo-cautère ou du galvano-cautère. Vous appliquerez ensuite un pansement glycériné et vous condamnerez la malade au repos complet au lit pendant plusieurs jours. En agissant ainsi et en attendant, pour intervenir chirurgicalement, qu'il n'y ait aucune trace de pelvipéritonite ou de cellulite pelvienne, vous éviterez des accidents qui vous seraient à bon droit imputés et dont votre réputation pourrait souffrir pendant longtemps.

PATHOGÉNIE DU TÉNESME VÉSICAL

Par le Dr Nicolas San Juan.

Professeur de Gynécologie à la Faculté de Mexico.

—

La coëxistence fréquente, chez une même malade, d'une affection génitale et d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion des voies urinaires est un fait universellement reconnu. C'est au gynécologiste qu'il appartient de rechercher, en pareil cas, quelle est la lésion primitive, quelle est la lésion secondaire et c'est aussi au gynécologiste qu'incombe la responsabilité du traitement à instituer. Il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur les traités récents de maladies des femmes pour voir que les plus grands progrès réalisés dans le diagnostic et la thérapeutique des affections de la vessie et de l'urèthre chez la femme sont l'œuvre des gynécologistes contemporains. Or, parmi les questions mises récemment à l'ordre du jour, celle de la kolpo-cystotomie pour cystite chronique et pour ténesme vésical, est une des plus intéressantes. La pathogénie du ténesme vésical est elle-même du plus haut intérêt pour le gynécologiste qui a souvent à lutter contre lui. C'est pourquoi, remplissant une promesse faite à nos lecteurs, il y a quelques mois, nous donnons aujourd'hui la traduction de l'important travail publié par le Dr Nicolas San Juan, dans le *New-York medical Journal* du 27 décembre 1884. Ce mémoire semble avoir passé presque complètement inaperçu en France et mérite d'être reproduit, dans un journal comme celui-ci, malgré la date de sa première publication.

(*Note du traducteur.*)

Dans un grand nombre de cas, on pratique la cystotomie pour mettre fin au ténesme vésical qui, dans bien des circonstances,

rend la vie insupportable pour les femmes souffrant de quelque affection utérine.

L'opération est faite dans la conviction que le ténesme vésical est localisé dans le sphincter de la vessie. Je vais essayer de prouver que cette opinion est erronée et de montrer que le ténesme vésical a son siège dans les parois de la vessie et non dans son sphincter.

Cette idée me fut suggérée par l'observation d'une femme atteinte, depuis 9 ans, d'une fistule vésico-uréthro-vaginale tellement étendue qu'elle avait détruit la cloison vésico-vaginale et même une portion de l'urèthre. Pendant tout ce temps, elle avait, d'une façon continue, un ténesme très intense et cependant il n'existait certainement, dans ce cas, nul anneau musculaire autour du col de la vessie. Le ténesme fut guéri par divers moyens de traitement local de la membrane muqueuse de la vessie et je le faisais réapparaître à volonté en irritant uniquement la muqueuse vésicale. Je dirai, en passant, que, bien que la fistule soit restée ouverte, en dépit de mes efforts, le ténesme ne réapparut plus après la guérison de l'inflammation vésicale.

Quelques mois plus tard, j'eus à soigner une jeune femme atteinte de cystite *post-partum* qui avait détruit la muqueuse vésicale et une grande partie des fibres du col. Malgré l'absence des fibres musculaires, il existait un ténesme très intense qui disparut complètement lorsque la muqueuse vésicale sphacélée eût été entièrement éliminée ; l'incontinence d'urine disparut quelques mois après.

Un autre sujet, un homme, soumis aux soins du Dr Savista, souffrait d'un très pénible ténesme vésical en rapport avec une affection de la vessie. Le Dr Savista pratiqua l'uréthro-cystotomie, croyant que le ténesme serait guéri par la section du sphincter, en faisant cesser les contractions de celui-ci. Le malade éprouva une légère amélioration après l'opération ; mais le ténesme réapparut une semaine plus tard, avant que le sphincter fût devenu capable de se contracter, car l'incision n'était pas cicatrisée, et il fut impossible de le guérir complètement avant qu'on eût

fait un traitement local de la muqueuse vésicale à travers l'urèthre.

Le Dr Liceaga soignait un homme qui souffrait d'un ténesme très intense. Après l'expulsion d'une myxome et d'un petit calcul, le malade fut soulagé, mais le ténesme revint quelques jours après avec la même intensité. L'uréthro-cystotomie fut faite pour extraire quelques calculs ; l'on divisa complètement le sphincter vésical, mais sans résultat, car le malade mourut 24 heures après, ayant souffert constamment du même ténesme.

Je pense que ces faits cliniques ne sont pas asssez nombreux pour résoudre définitivement la question ; mais je tiens à attirer l'attention sur ceci que : 1° Dans le premier cas, *il n'y avait pas d'anneau musculaire au col de la vessie*, et cependant le ténesme existait et fut guéri par le traitement de la lésion de la muqueuse vésicale ; 2° Dans le second cas, le *ténesme coïncidait avec l'absence de fibres musculaires au col de la vessie* et disparut par la guérison de l'irritation de cet organe ; 3° Dans le troisième cas, l'uréthrotomie fut pratiquée sans succès, le ténesme n'ayant cessé que par le traitement local de la muqueuse vésicale ; 4° Enfin, le quatrième malade n'obtint aucun soulagement de l'obstacle à la contraction du sphincter.

Du reste, le physiologiste Küss, dans son Traité de physiologie (1), s'exprime, à propos de la miction, dans des termes qui viennent confirmer mon opinion. Il dit en effet :

« Les muscles des parois vésicales sont lisses et par suite à contractions lentes et paresseuses ; mais ils sont aussi très élastiques ; aussi la vessie est-elle très dilatable, et l'urine peut-elle s'y accumuler en quantité considérable. Quand cette distension est poussée à l'extrême, elle devient une cause d'irritation pour la fibre musculaire, qui alors se contracte, et la vessie tend à expulser son contenu ; nous allons voir dans un instant que c'est cette réaction de la vessie contre son contenu qui amène le *besoin d'uriner*. Lorsque la vessie est enflammée, ses parois musculaires sont moins élastiques et elles réagissent plus vite sur le contenu

(1) Cours de physiologie d'après les renseignements du prof. Küss, par le Dr Mathias Duval, 4e éd. Paris, 1879, p. 675.

du réservoir ; de là les besoins fréquents d'uriner dans ces circonstances.

Une question importante et d'ordinaire mal définie est celle de savoir comment l'urine, à l'état de repos de la vessie, est retenue dans ce réservoir et ne s'en échappe pas par l'orifice du col. On dit d'ordinaire que le col de la vessie est fermé par la *contraction* d'un sphincter vésical qui l'entoure ; mais les faisceaux musculaires sont très peu prononcés et nous savons de plus qu'un muscle ne peut être continuellement contracté. Le col de la vessie est fermé, parce que c'est là sa forme naturelle ; c'est l'état normal de son sphincter, comme de tous les anneaux musculaires semblables ; ils oblitèrent à l'état de repos, et en vertu de leur seule élasticité, l'orifice qu'ils circonscrivent. Mais, pour peu qu'une cause quelconque tende à violenter ce sphincter, il devient impuissant à interdire le passage, et l'urine se fait jour à travers lui. La femme ne possède guère que cet appareil de contention, et aussi le moindre effort, un éclat de rire, font facilement sourdre quelques gouttes d'urine.

Quand l'urine a trop distendu les parois vésicales, celles-ci, avons-nous vu, réagissent, compriment leur contenu, qui alors triomphe de l'élasticité du col, de l'élasticité de la prostate et pénètre dans l'origine du canal de l'urèthre : là l'urine se trouve en contact avec une muqueuse très sensible, la muqueuse prostatique, que nous verrons présider à un grand nombre de réflexes génitaux. C'est le contact de cette muqueuse avec l'urine qui produit cette sensation cuisante connue sous le nom de besoin d'uriner, et que, comme presque toutes les sensations de cette région, nous rapportons à l'autre extrémité du canal, à la fosse naviculaire. Si nous ne sommes pas attentifs à ce sentiment de besoin, il se produit un réflexe, qui se traduit par la contraction du sphincter uréthral ; l'urine ne peut aller plus loin ; elle est même obligée de rétrograder, par la contraction des muscles de la paroi antérieure de la prostate et elle rentre dans la vessie dont les contractions ont cessé.

Les contractions coordonnées qui produisent la miction se font sous l'influence de la moelle épinière et particulièrement de la

région lombaire de la moëlle. Budje a cherché à préciser encore davantage,et ses expériences le portent à placer le centre d'innervation de la vessie au niveau de la 4e lombaire (chez le chien et le lapin). Kupressow place ce centre entre la 5e et la 6e vertèbre lombaire. »

L'opinion du Dr Küss étant en entière concordance avec les faits cliniques précédemment exposés, je crois qu'on peut déduire les propositions suivantes :

1° Le ténesme vésical, comme le besoin normal de vider la vessie, est sous la dépendance du même mécanisme, avec cette différence que le besoin pathologique s'accompagne de douleur et le plus souvent est en rapport avec quelque altération de l'urine et de la muqueuse.

2° Le ténesme apparaît dès qu'il y a une lésion en un point quelconque de la membrane uréthro-vésicale.

3° Lorsqu'il y a du ténesme, la contraction siège dans le corps de la vessie et non dans son col, et cette loi, je pense, peut être appliquée à toute cavité close par un sphincter, car tous les anneaux musculaires sont régis par les mêmes lois.

4° L'uréthro-cystotomie n'est efficace contre le ténesme vésical que parce que les fibres musculaires du corps de la vessie n'ont pas ainsi à effectuer un effort aussi grand qu'à l'état physiologique pour expulser l'urine et qu'il n'y a aucune résistance au passage de celle-ci à travers la fistule ; l'uréthro-cystotomie améliore, en outre, par elle-même, l'état de la muqueuse et donne plus de facilité au gynécologiste pour la ramener à l'état normal.

J. B.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *septembre* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

M. CHARPENTIER fait une communication sur *le curage et l'écouvillonnage de l'utérus dans l'endométrite septique puerpérale.* Dans le plus grand nombre de cas de fièvre puerpérale, quelle qu'en soit la forme, il convient d'incriminer l'introduction d'un micro-organisme par les plaies vaginales et utérines. Il s'agit d'une véritable endométrite septique. A la face interne de l'utérus des femmes qui ont succombé à la fièvre puerpérale, on trouve une fausse membrane adhérente, une bouillie, un véritable putrilage. Tous les moyens adoptés pour combattre cette endométrite septique sont trop souvent insuffisants. Aujourd'hui, nous possédons un procédé plus actif : c'est le curage et l'écouvillonnage antiseptique de l'utérus que M. Doléris a introduits en France depuis quelques années. M. Charpentier a employé six fois ce procédé et a obtenu cinq guérisons. Après avoir énuméré les observations de ses malades, M. Charpentier estime que le curage doit être pratiqué de bonne heure. Après avoir placé la femme dans la position obstétricale, on fait un grand lavage vaginal avec la liqueur de Van Swieten dédoublée et on procède à l'abaissement vaginal. Cet abaissement s'obtient en fixant d'abord le col avec l'index de la main gauche. La main droite, armée d'une pince à griffes, saisit ensuite son bord antérieur. De légères tractions et une compression modérée sur le bas-fond de l'utérus suffisent pour amener le col jusqu'à la vulve. Le col est dilatable ou non ; s'il n'est pas dilatable, il convient de pratiquer sa dilatation artificielle.

Le col une fois ouvert, à l'aide d'une sonde à double courant on fait avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, un grand lavage intra-utérin. Ceci fait, on procède au curage, en se servant de la curette de Récamier ; le curage sera pratiqué jusqu'à ce que la curette ne ramène plus aucun débris putrilagineux. On fait alors un nouveau lavage intra-utérin et on introduit dans la

cavité utérine, un écouvillon de volume variable et trempé dans de la glycérine créosotée à parties égales. Les instruments enlevés, l'utérus reprend sa place et on introduit un tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

M. Guéniot est partisan du curage de l'utérus, dans certains cas seulement, mais non dans les cas légers, justiciables des injections intra-utérines.

Séance du 2 octobre.— Présidence de M. Hérard.

ENCHATONNEMENT DU PLACENTA.— SEPTICÉMIE.— GUÉRISON PAR LES INJECTIONS ANTISEPTIQUES.

M. E. Verrier. — J'ai observé ce fait chez une femme de quarante ans, qui a déjà eu 9 enfants, dont 7 vivent actuellement. Trois fois chez cette femme, les délivrances ont été difficiles.

La dernière grossesse, celle qui nous occupe, n'a rien présenté de spécial. L'accouchement s'est fait facilement le 11 septembre dernier. Mais quand la sage-femme voulut pratiquer la délivrance, elle éprouva une résistance insolite. En pratiquant le toucher utérin, elle constata un enchâtonnement du placenta vers la corne droite de l'utérus anormalement dilatée.

Après avoir reconnu l'exactitude de ce diagnostic, je tentai, vers midi, de dilater l'anneau constricteur (le hour-glass des Anglais) pour pénétrer au delà du châton, jusqu'à l'insertion placentaire, mais je ne pus réussir.

A six heures du soir, après de nouvelles tentatives, on parvint à extraire les deux tiers de la masse placentaire, y compris les membranes et le cordon.

La malade étant très fatiguée, je renonçai à faire le curage de l'utérus, et je conseillai seulement les injections intra-utérines avec du sublimé à 1/2000, à l'aide de la sonde à double courant de Budin.

Pendant les premiers jours, la malade alla bien ; mais, le cinquième jour, l'odeur caractéristique de la putréfaction commença à se faire sentir. L'état général s'aggrava, la température s'éleva.

Le neuvième jour, la septicémie s'étant accentuée, je fis remplacer le sublimé des injections par de l'acide phénique (2 1/2 0/0).

Après chaque lavage utérin, des débris placentaires et des caillots étaient rendus. La malade ne tarda pas à se trouver mieux quand se déclara une phlébite de la jambe droite, complication qui avait déjà apparu dans les derniers accouchements.

Néanmoins, le mieux s'accentua et aujourd'hui, 21 jours après l'accouchement, les injections ont pu être supprimées.

On peut conclure de cette observation que, dans les cas les plus graves d'infection putride, après abandon forcé d'une portion de placenta dans l'utérus, les injections fortement antiseptiques et fréquemment répétées suffisent pour débarrasser l'utérus des débris placentaires. Le curage et l'écouvillonnage ne sont donc pas si indispensables dans les cas graves.

J'ai déjà publié plusieurs cas de ce genre : un des plus intéressants est celui d'une femme qui présentait de la gangrène du col, de la vulve, du vagin, chez laquelle M. Guéniot avait pratiqué la détroncation du fœtus. Cette femme a parfaitement guéri avec les injections intra-utérines antiseptiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 *juillet* 1888

HÉMORRHOÏDES INTERNES ET ABCÈS RÉTRO-UTÉRIN.

M. Schwartz communique l'observation d'une femme de cinquante-sept ans qui, depuis longtemps, perdait du sang par l'anus. Ces pertes allaient en augmentant. Neuf ans auparavant, elle avait eu des poussées de pelvi-péritonite et un abcès qui s'était ouvert dans le rectum. La ménopause a eu lieu il y a deux ans, et les hémorrhagies rectales augmentent surtout au moment des selles, qui sont difficiles. Ces pertes ont amené un état d'anémie assez marqué. L'abdomen est peu douloureux à la pression, sauf au niveau de l'hypogastre. L'utérus est en rétroversion, fixe. Au toucher rectal, on sent, à 5 centimètres et demi, une tumeur rénitente, douloureuse. Il n'y a pas d'hémorrhoïdes externes. Le spéculum ani montre une muqueuse rouge, tuméfiée. Le diagnostic posé par M. Schwartz fut le suivant : Hémorrhoïde interne et abcès rétro-utérin ouvert dans le rectum. L'ergotine arrête momenta-

nément les hémorrhagies. M. Schwartz propose une intervention plus radicale. La malade étant endormie, il trouve, à 5 centimètres de l'anus, l'orifice de l'abcès encadré par des veines turgescentes. Il cautérise ces hémorrhoïdes avec le thermocautère, fait un lavage boriqué et un tamponnement. Les hémorrhagies ont complètement cessé. La guérison s'est confirmée, sauf au point de vue de l'abcès pelvien, qui persiste.

M. Trélat demande à M. Schwartz de quel spéculum il s'est servi.

M. Schwartz répond qu'il s'est servi du spéculum préconisé par M. Trélat et de la grande valve de Sims.

M. Trélat fait ressortir tous les avantages de ce spéculum au point de vue du diagnostic. Il cite un cas observé par M. Hutinel, dans lequel il s'agit d'une forte femme qui avait des hémorrhagies rectales dont on ne trouvait pas l'explication. Il n'y avait pas d'hémorrhoïdes. MM. Trélat et Bouilly, appelés auprès de la malade avec M. Hutinel, donnent le chloroforme et constatent, à l'aide de ce spéculum, l'existence d'un épithélioma rectal à 9 centimètres de l'anus, épithélioma muqueux et dont M. Bouilly put faire l'extirpation complète.

M. Lefort a observé récemment une malade paraissant atteinte de rectocèle vaginale depuis 14 ans. En un point de la rectocèle, petit orifice permettant d'engager un stylet dans une petite cavité, siégeant entre la paroi vaginale et la paroi rectale, si bien que M. Lefort crut avoir affaire à une hernie de la paroi vaginale seule, la paroi rectale n'ayant pas suivi cette dernière. En ouvrant la petite cavité signalée, il y trouva du sang et crut alors à un vieil hématome, situé entre le rectum et la paroi postérieure du vagin. Cependant, poursuivant l'opération, il trouva une tumeur pédiculée, dont le pédicule remontait entre les deux parois vaginale et rectale, jusque vers la partie postérieure du col de l'utérus. Il sectionna ce pédicule et enleva complètement la tumeur qui n'était qu'un *myome utérin*, ayant glissé entre le rectum et le vagin, après avoir pris naissance vers la partie postérieure de l'isthme de l'utérus. M. Lefort a publié jadis un cas fort analogue au point de vue pathogénique, mais cette tumeur simulait une inversion utérine et non une rectocèle.

M. Marc Sée cite un fait qui a quelques analogies avec celui de M. Lefort. Il s'agit d'un *myome de la cloison recto-vaginale*,

ayant la grosseur d'une tête d'enfant et sortant par la vulve, chez une femme de 28 ans. Extirpation facile. On ne trouva pas le moindre pédicule reliant ce myome à l'utérus, et il la crut développée aux dépens de la paroi recto-vaginale. Peut-être ce myome est-il d'origine utérine, peut-être le pédicule qui le reliait à la matrice a-t-il disparu ? Mais M. M. Sée pense qu'il s'agit plutôt d'un myome développé sur place, à savoir dans la cloison recto-vaginale.

FIBROME DU LIGAMENT LARGE.

M. Terrier. — Je viens de faire chez une femme de quarante-sept ans l'ablation d'une tumeur fibreuse qui s'était développée dans le ligament large. Comme celle dont nous a parlé M. Tillaux, elle était accompagnée de veines volumineuses.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

DÉCHIRURES VULVAIRES.

Dans une communication faite à la Société de médecine pratique, M. le Dr Bar pose en ces termes les indications thérapeutiques de ces lésions :

1° Parer aux accidents primitifs et, en premier lieu, obtenir l'hémostase, si un vaisseau important a été lésé. Cela est facile quand la plaie siège sur le périnée ou est profonde. L'application d'une suture bien faite est le meilleur et le plus rapide hémostatique auquel on puisse avoir recours.

Mais, quand la rupture siège en avant contre le pubis et est peu profonde, j'ai toujours vu la suture être fort difficile. Mieux vaut, dans ce cas, appliquer une pince à forcipressure qu'on laissera à demeure pendant vingt-quatre ou trente-six heures. Dans un des trois cas observés par moi, je dus laisser la pince pendant quarante-huit heures, pour obtenir une hémostase certaine. J'ajouterai que l'application de la pince et son maintien en place causent moins de douleur à la malade qu'une ligature.

Cela dit, comment traitera-t-on les lésions de la vulve ? Pour les déchirures du périnée, je suis convaincu que la suture, cha-

que fois qu'elle peut être faite avec succès, doit être préférée à toutes les autres méthodes : position, serres-fines, etc. C'est le seul mode de traitement qui puisse donner la certitude d'une réunion complète. Mais convient-il de suturer les déchirures siégeant sur les parties antérieures et latérales de la vulve ? M. Auvard vous a dit que, dans les cas où la plaie dépassait le bord libre des petites lèvres, il fallait suturer. Je ne suis pas, sur ce point, de l'avis de mon excellent ami et collègue. Généralement, les déchirures vulvaires sont très étendues et peu profondes. Ce ne sont, à proprement parler, que des éraillures des téguments qui glissent sur les parties sous-jacentes, d'où un écartement cutané des lèvres de la plaie. Vouloir faire glisser à nouveau les téguments me paraît chose bien difficile, et, par suite, la suture est peu applicable ; puis, pourquoi vouloir intervenir quand ces plaies guérissent si bien et souvent sans laisser de cicatrices apparentes ?

Mais si, à mon sens, il faut, pour ces éraillures de la muqueuse vulvaire, éviter le « trop faire », il convient de ne pas négliger le nécessaire et on doit redoubler de précautions antiseptiques.

Les lavages fréquemment répétés mettent à l'abri des phénomènes de résorption grave ; mais souvent, malgré leur emploi, les plaies se recouvrent d'un piqueté blanchâtre, d'une couenne qui retarde la cicatrisation ; aussi convient-il de recourir de préférence aux pansements antiseptiques ; l'iodoforme et surtout le salol, dont le prix est peu élevé et qui n'a pas l'odeur désagréable de l'iodoforme, seront ici des agents des plus précieux.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 14 *juin* 1888.

DE LA CAUTÉRISATION ET DU CURAGE DANS LE TRAITEMENT DES ENDOMÉTRITES.

M. Pajot. — Je viens de lire dans le dernier numéro des *Nouvelles Archives d'obstétrique* que les cautérisations intra-utérines ont multiplié le nombre des accidents alors que l'innocuité du curage s'affirme de plus en plus.

Voilà une affirmation bien tranchante qui me parait bien hasardée. Depuis quarante ans, je pratique des cautérisations intra-utérines dans les diverses espèces *d'endométrites*. Jamais je n'ai vu de mort. Que les *cureurs* en disent autant. J'ai observé, dans toute ma vie, quatre fois des accidents graves à la suite de la cautérisation, mais toujours chez des femmes imprudentes. Ces accidents ont cédé aux médications ordinaires.

J'ai traité par la cautérisation des centaines d'endométrites avec succès, mais je commence par préparer ma femme et je n'opère que quand il n'existe aucune douleur du côté du bas-ventre. J'emploie la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Je me sers soit de pâte caustique placée dans la curette d'un porte-caustique, soit de solutions liquides que je porte dans l'utérus, au moyen d'un pinceau de ouate. Lavage antiseptique, puis mise au lit de la femme et repos pendant plusieurs jours. Quant au caustique, je le choisis selon la forme, l'ancienneté et la gravité de la maladie. Il faut varier ses caustiques, si on échoue avec l'un, on réussit avec l'autre. Il ne faut jamais cautériser une femme dans son cabinet de consultation, si l'on ne veut s'exposer à des accidents.

En résumé, le temps et les faits feront justice des affirmations contre lesquelles je proteste et je suis convaincu que dans l'avenir la curette ne sera plus guère employée que dans certains cas d'endométrite nettement définis et relativement assez rares.

M. Charpentier. — Je me fais solidaire de l'opinion que vient de combattre M. Pajot. J'ai employé pendant dix ans les cautérisations intra-utérines et j'ai constaté qu'il faut les renouveler plusieurs fois pour obtenir la guérison dans nombre de cas, et que ces cautérisations ne sont pas toujours anodines malgré toutes les précautions qu'on prend.

Dans un cas notamment, je fus véritablement épouvanté ; je faisais une cautérisation avec le porte-caustique de Richet. A peine l'avais-je introduit que la femme ressentit une douleur atroce et perdit connaissance. Son état fut très grave pendant quarante-huit heures ; elle guérit cependant. Le curettage m'effraya un peu au début et ce n'est qu'après maintes discussions que je me décidai à essayer. J'ai fait aujourd'hui plus de quarante curettages suivis d'écouvillonnages pratiqués avec toutes les précautions antiseptiques; jamais je n'ai eu d'accident et mes femmes ont guéri

du premier coup. Je me sers d'une curette demi-tranchante et je n'opère qu'après un traitement préparatoire de quatre jours.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX.

HYDRORRHÉE.

M. Davezac. — J'ai été appelé, il y a quelque temps, auprès d'une femme arrivée au septième mois d'une deuxième grossesse et qui venait d'avoir une perte d'eaux très abondante. Il n'y avait pas trace de travail et huit jours après la situation était exactement la même. Le ventre, qui avant la perte ne présentait rien d'anormal, semblait avoir diminué. La grossesse continua régulièrement jusqu'à neuf mois et la sage-femme qui fit l'accouchement trouva un placenta énorme avec des membranes décollées en plusieurs points. Rien de semblable ne s'était produit pendant la première grossesse. Le fait me paraît assez rare ; il montre qu'en pareille circonstance on ne doit pas être tenté d'accélérer le travail.

M. Lugeol. — Les cas dans lesquels il se produit un écoulement d'eaux en dehors du travail ne sont pas rares, ils ont été décrits sous le nom d'*hydrorrhée*. Dans ces cas, il n'y a pas ordinairement de contractions, et la conduite à tenir est simple : comme chaque fois qu'il n'y a pas de travail, on ne doit en rien le provoquer et ne prescrire que le repos. La malade de M. Davezac avait un ventre ordinaire, sans hydramnios. Dans ces conditions, je suis surpris que la perte des eaux ait été si considérable.

RUPTURE EN DEUX TEMPS DE LA POCHE DES EAUX.

M. Davezac. — Une dame, un peu avant terme, ayant des phénomènes non douteux de travail, avait perdu des eaux pendant toute une journée, et bien que l'écoulement n'eût pas été très abondant, j'avais la conviction que la poche était rompue ; aussi, rencontrant avec mon doigt une tumeur molle au devant de la tête, je croyais toucher une bosse sanguine. La suite me démontra mon erreur ; c'était la poche amniotique qui avait suivi la tête jusqu'au dernier moment du travail. C'était une O. I. D. P., et l'expulsion se fit directement, le front derrière la symphyse.

L'examen des membranes ne m'a permis de retrouver qu'une seule ouverture. Je crois avoir bien fait dans ce cas de respecter les membranes. La conduite à tenir en présence de la poche des eaux non encore rompue est souvent délicate. La conservation de cette poche peut accélérer ou compliquer le travail ; mais j'ai eu plus souvent à me louer de l'avoir respectée le plus longtemps possible, car l'enfant n'en souffre nullement.

M. Lugeol. — Il est bien difficile, en pareille matière, de tracer une règle absolue ; c'est à l'accoucheur de choisir le moment opportun. Dans la présentation du sommet, il n'y a aucun inconvénient à rompre la poche quand la dilatation est complète, mais dans les autres présentations on doit la respecter le plus longtemps possible. Dans la dernière, comme dans la première observation de M. Davezac, le liquide amniotique avait perforé le chorion sur un point plus élevé que le col et, produisant peu à peu un décollement des membranes, avait déterminé la première perte des eaux.

ACCOUCHEMENT D'UN ŒUF ENTIER AU HUITIÈME MOIS DE LA GROSSESSE.

M. Troquart.—Il y a un an environ, je fus appelé en toute hâte auprès d'une cliente de notre confrère le Dr Dubourg. Cette dame âgée de trente-huit ans, était parvenue au huitième mois de sa grossesse et venait d'accoucher après quelques douleurs, d'une masse molle et informe. J'arrivai presque aussitôt après l'expulsion et je n'eus pas de peine à reconnaître un œuf absolument entier, sans aucune perforation. Je me hâtai de déchirer les membranes et j'en retirai un enfant vivant. Cet accouchement ne fut suivi que d'un écoulement de sang insignifiant ; les suites de couches furent normales. Quant à l'enfant, il était de petit volume, comme un enfant né au huitième mois, mais il a très bien vécu et il est actuellement bien portant.

Les faits de ce genre sont rares ; on en trouve cependant quelques exemples dans les auteurs. Tarnier, dans son *Traité d'accouchements*, cite même des observations d'auteurs étrangers qui prouvent la possibilité de l'expulsion d'un œuf entier à terme.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX.

(*4 juin* 1888)

SARCOME DE L'OVAIRE.

M. LAMARQUE présente une tumeur abdominale appartenant à une femme opérée par M. Demons. Cette femme, jusqu'alors très bien réglée, vit apparaitre au mois d'août dernier, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur grosse comme une orange et ressentit des douleurs vives dans la région. Puis, peu après et en quatre jours, elle fut atteinte de pleurésie et d'ascite. La ponction du ventre donna issue à quinze litres de liquide. Dix ponctions furent faites depuis cette époque. M. Demons fit alors l'extirpation de la tumeur. On retira une masse dure considérable, s'insérant par un pédicule sur le ligament large et adhérente à l'ovaire droit. Enfin, une deuxième tumeur existait au niveau de l'ovaire gauche, mais moins volumineuse. Il s'agissait d'un sarcome de l'ovaire. Les suites de l'opération ont été très favorables.

KYSTE DE LA TROMPE DE FALLOPE.

M. LESPINASSE rapporte l'histoire clinique d'une femme de trente-trois ans, piqueuse à la machine, opérée par M. Dudon. Cette femme avait offert tous les signes d'un kyste de l'ovaire. La poche kystique fut trouvée remplie d'un liquide clair et non visqueux, la poche elle-même était constituée par un double feuillet ; l'ovaire n'était pas augmenté de volume ; enfin un stylet introduit dans la trompe venait aboutir dans les parois mêmes du kyste qui paraissaient bien être la continuation des parois du canal tubaire. Le présenteur pense qu'il s'agit donc d'un kyste de la trompe, sorte de kystes dont les exemples sont rares.

KYSTE DU PARAOVAIRE.

M. BARRET DE NAZARIS montre à la Société un kyste du paraovarium développé chez une femme de trente-six ans, couturière, opérée par M. Baudrimant. Le kyste datait de six ans, il avait

commencé par apparaître dans le flanc droit. Cette femme avait eu deux grossesses antérieures. Devenue enceinte une troisième fois, elle vit le kyste suivre l'ascension de l'utérus et revenir à sa place six mois après l'accouchement. Une ponction faite alors donna issue à un liquide clair. Peu après, sous des efforts de vomissement, la tumeur se rompit dans l'abdomen. Peu à peu le liquide se reproduisit et l'ovariotomie fut faite avec succès et permit de voir que les trompes étaient saines.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 25 *avril* 1888.

M. Remy fait une communication sur *le forceps comme moyen d'extraction du fœtus dans les présentations du siège mode des fesses.*

La communication de M. Remy est renvoyée au comité de publication.

M. A. Herrgott dit qu'il est curieux de voir que l'opinion de Baudelocque, qui rejetait l'emploi du forceps dans les présentations du siège, ait persisté pendant de si nombreuses années. Ce n'est que grâce à l'autorité de MM. Stoltz et Tarnier que l'emploi du forceps dans ces cas a plus tard été admis. Pareille réprobation de la part de Baudelocque avait eu lieu pour la provocation de l'accouchement prématuré dans les bassins rétrécis, et lorsque M. Stoltz a fait à l'Académie de médecine une communication sur la provocation de l'accouchement prématuré, on l'a vivement combattu. Ce n'est que plus tard que Dubois a fait admettre cette opération préconisée par M. Stoltz.

Il est incontestable que le forceps peut être employé dans les présentations du siège mode des fesses. Lorsque le siège se présente en masse, on peut tirer sur les pieds pour achever l'accouchement. Mais lorsque les membres sont relevés, on ne peut pas atteindre les pieds, et il est indispensable de recourir à un instrument de traction. Les lacs et les crochets exposent à des fractures. Le forceps donne plus de sécurité. Il faut donc employer dans ces cas le mode d'extraction préconisé par MM. Stoltz et Tarnier.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE NANTES

Séance du 9 *mai* 1888. — *Présidence de M. le* Dr LAENNEC.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. HEURTAUX présente un utérus qu'il a enlevé chez une femme de 48 ans. Cette pièce est intéressante au point de vue anatomo-pathologique aussi bien qu'au point de vue clinique.

L'affection utérine qui nécessita l'opération fut, on peut le dire, découverte, d'après de faibles indices, par M. Josso qui soignait la malade. Il ne constata guère autre chose que des douleurs vagues, une sensation de pesanteur hypogastrique mais sans qu'il existât ni métrorrhagie ni pertes blanches. Ce qui mit M. Josso en éveil, ce fut cette circonstance que la malade, sans cause appréciable, avait maigri en peu de temps de près de 40 livres.

Le toucher permettait de constater que la lèvre postérieure du col était saine, tandis que la lèvre antérieure était surmontée d'une production de la grosseur d'une noisette parfaitement lisse et qui semblait se prolonger dans la cavité du col. A l'examen au speculum cette production offrait une couleur violacée. Le corps de l'utérus était un peu volumineux, mais mobile dans toute son étendue.

Au point de vue clinique on pouvait penser qu'il s'agissait d'un myome. Une petite portion de la tumeur fut excisée et soumise à l'examen histologique qui démontra qu'il s'agissait bien, sinon d'un épithéliome pur, tout au moins d'une sorte de myome à la surface duquel se développait un épithéliome. Du reste, la tumeur n'offrait pas l'aspect habituel de l'épithéliome; sa surface était lisse et la malade n'avait ni pertes blanches, ni pertes de sang.

L'opération fut assez simple et terminée en une demi-heure sans présenter d'incident particulier. L'opérée, 15 à 17 jours après l'opération, put quitter son lit.

M. A. MALHERBE présente un *polype utérin* situé dans le vagin et appendu à la partie interne du col par un pédicule assez long, du volume du petit doigt à peine. Ce pédicule fut incisé et le polype facilement extrait. A la coupe il présente l'aspect typique des myomes.

M. Josso présente un *carcinome du sein d'apparence encéphaloïde* enlevé chez une femme de 46 ans.

La sécrétion lactée persistait, quoique cette femme eût cessé de nourrir depuis 11 ans.

Le début du mal est incertain. Il n'y a pas plus de 3 ou 4 mois que la malade constata des nodosités dans l'épaisseur de la glande mammaire. M. Chenantais, qui fit l'opération, ne découvrit aucun ganglion dans l'aisselle.

(*Gaz. méd. de Nantes.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE VIENNE

FORCEPS IN MORTUA.

M. Piskacek, asistant de M. Breisky à la seconde clinique de gynécologie de Vienne, rapporte dans le dernier numéro de la *Wiener klinische Wochenschrift*, le cas suivant qui offre un intérêt particulier à cause de sa rareté.

Une femme de vingt-huit ans qui en était à son second accouchement, fut admise à la clinique de gynécologie le 23 juin 1885, ses dernières règles remontant au 10 octobre 1884. Au dire de cette femme, son premier accouchement aurait été tout à fait normal, et cela malgré une xyphoscoliose d'un très haut degré.

Au moment de son entrée, la malade présente une dyspepsie modérée. Le bassin est opacieux, et le col dilaté laisse entrer deux doigts, mais quelques heures après la dyspepsie augmente et la malade succombe.

M. Piskacek ayant fait l'examen des organes génitaux internes, trouve que la tête du fœtus était dans la cavité du bassin et que le col était tout à fait dilaté. La poche des eaux fut alors ouverte, on appliqua le forceps et l'on pratiqua l'extraction d'un fœtus féminin asphyxique, du poids de 2,200 grammes et d'une longeur de 46 centimètres. L'enfant fut revivifié en quelques minutes par les insufflations au moyen du catheter à ballon.

Il s'était écoulé environ cinq minutes entre la mort de la mère et l'extraction complète de l'enfant.

Malheureusement, par la suite, l'enfant fut pris à plusieurs reprises de nouveaux phénomènes asphyxiques, et finalement il succomba trente-huit heures après sa naissance.

L'autopsie de la mère montra que la cause de la mort soudaine était due à un œdème pulmonaire qui augmenta rapidement pendant les douleurs d'accouchement. Comme on avait affaire à un accouchement prématuré, on avait déjà *à priori*, peu de chance pour la préservation de la vie de l'enfant.

M. Piskacek fait remarquer à ce propos que les cas dans lesquels un enfant vivant a été extrait de la mère morte par le forceps sont très rares. Il ne connaît qu'un seul cas pareil, à savoir, celui rapporté par G. Heinricius de la clinique d'Helsingfors (*Centralblatt für Ginaecologie*, 1883, n° 1) où la mère succomba tout à coup pendant l'accouchement à une rupture de l'aorte ; dans ce cas, cinq minutes après la cessation de la respiration, on réussit à extraire un fœtus masculin bien développé et vivant ; l'enfant continuait à vivre.

REVUE DE LA PRESSE

—

TEMPÉRATURE AVANT, PENDANT ET APRÈS LA MENSTRUATION.

Le Dr Reinl a lu à la Société de médecine de Berlin un travail sur les processus vitaux de la température chez la femme, à l'occasion du flux menstruel.

La température monte pendant la période prémenstruelle, tombe pendant les règles pour remonter après et revenir à la normale. Ces modifications de la température sont accompagnées d'oscillations identiques de la pression sanguine, du pouls, de la sécrétion urinaire. L'auteur a contrôlé ses expériences par l'observation de femmes à qui les ovaires avaient été enlevés. La menstruation, pour lui comme pour Goodmann (de Louisville), serait donc un phénomène d'ordre général, plutôt que d'ovulation, et si cela était réel, le fait

aurait une grande importance clinique. Ce sont des recherches à vérifier.

MORT APPARENTE DES NOUVEAU-NÉS.

Dans une étude de la mort apparente des nouveau-nés, le Dr Mory indique les moyens à employer pour rappeler les enfants à la vie. Ces moyens sont d'abord de rendre perméables les voies respiratoires. Pour cela, on introduit le petit doigt dans l'arrière-gorge et on sort les mucosités. Cette manœuvre, qui doit être la première du traitement et répétée tant que le doigt amène quelque chose, peut aussi servir à établir le diagnostic du degré d'asphyxie. On peut, en effet, reconnaître par là si le *réflexe pharyngien* existe ou bien a disparu. Une fois que l'on a retiré les mucosités et les corps étrangers, sang, liquide amniotique qui obturaient les voies respiratoires, il faut exciter violemment la peau, moyens insignifiants ou empiriques. Il est rarement nécessaire d'avoir recours aux moyens plus énergiques indiqués plus loin.

Avant de faire la ligature du cordon, on laissera couler une ou deux cuillerées de sang pour dégorger les vaisseaux. Puis on emploiera les excitants de la peau. Ceux-ci sont très nombreux, et nous ne pourrions jamais tous les énumérer. Contentons-nous d'en citer quelques-uns parmi les principaux.

L'aspersion de la face et du corps de l'enfant avec de l'eau froide (Marshall-Hall), la flagellation avec un linge mouillé des divers points du thorax et des lombes. Introduire dans le nez, dans le fond de la gorge, les barbes d'une plume trempée dans du vinaigre, mettre dans la bouche un peu d'eau-de-vie; du vinaigre.

Le bains chauds dont la température ne doit jamais dépasser 55° au maximum et pendant 2 à 3 minutes.

Dans un degré léger d'asphyxie, les excitants de la peau et surtout les bains chauds sinapisés, sont presque toujours suffisants. Dans le cas contraire, il faut avoir recours à la *respiration artificielle* faite en pressant les fausses côtes par secousses et en soulevant les bras en haut ou à l'*insufflation laryngienne* soit avec la bouche, soit avec un soufflet, soit avec le tube de Chaussier, Depaul ou Ribemont. Ce dernier est le plus pratique et présente, sur les tubes laryngiens employés jusqu'ici, des avantages immenses; il rend très facile l'insufflation pulmonaire. Il peut tout d'abord être facilement introduit, grâce à sa courbure calculée, d'après les données anatomiques fournies par

des cadavres d'enfants. Calquée sur la forme des organes, cette courbure permet d'introduire l'instrument d'emblée dans l'ouverture laryngienne.

Sa forme, conique à son extrémité, a pour effet d'oblitérer complètement l'orifice pharyngien et d'empêcher, par conséquent, le reflux de l'air sur les côtés de l'instrument. En outre, il n'est plus nécessaire de fermer la bouche et le nez, car tout l'air insufflé pénètre dans les poumons. Troisièmement enfin, sa disposition est telle qu'on est aussitôt prévenu s'il est bien introduit dans le larynx et non dans l'œsophage. On n'est plus exposé à insuffler l'estomac et les intestins.

Le tube laryngien de Ribemont rend l'insufflation pulmonaire supérieure à toutes les autres méthodes de respiration artificielle. Elle fait pénétrer dans les poumons le maximum d'air dont on peut, à loisir, régler la force de pénétration et éviter ainsi la production de l'emphysème qu'on lui a si souvent reprochée. En un mot, bien faite, elle est l'opération par laquelle on obtient des résultats réellement surprenants.

(*Paris méd.*).

TROUBLES RÉFLEXES APRÈS LES OPÉRATIONS DE L'UTÉRUS.

Quand on ne commet aucune faute contre l'antisepsie dans le cours d'une laparotomie, on n'a plus à déplorer d'accidents septiques, de péritonite par exemple. Est-ce à dire pour cela qu'aucun phénomène alarmant ne peut suivre l'opération ? Malheureusement non, et M. Championnière vient de consacrer une leçon fort intéressante à l'étude de certains de ces accidents qu'il appelle : troubles réflexes après les opérations sur l'utérus et ses annexes. Ces accidents sont peu connus et, dans les tables de mortalité, on ne voit guère inscrit que les causes de mort suivantes : Choc, péritonite, hémorrhagie. Plusieurs raisons ont porté M. Championnière à étudier attentivement ces faits. D'abord il a été frappé depuis longtemps des graves accidents consécutifs à l'opération de Porro ; puis, ayant été accoucheur, il a pu observer certains réflexes de la même famille que ces réflexes opératoires ; enfin, fidèle à une méthode antiseptique rigoureuse, il a cru devoir éliminer dans l'interprétation des faits les accidents septiques.

Une première observation est facile à faire : c'est le chiffre varia-

ble de la mortalité par les diverses opérations sur les organes génitaux de la femme, chiffre qui s'élève d'autant plus qu'on touche à l'utérus d'abord, puis aux ovaires peu malades et même sains. Ainsi il est presque indifférent d'enlever de gros kystes de l'ovaire avec adhérences, tandis qu'il y a gravité à faire l'ablation d'ovaires petits atteints d'ovaralgie et considérés comme la cause d'accidents hystériques intenses. Cette gravité particulière est attribuée par le savant chirurgien à l'instabilité des plexus nerveux utérins et ovariques tiraillés pendant l'opération ou étranglés dans le pédicule. La preuve, dit-il encore, c'est que du moment où pendant l'opération on tiraille le pédicule, la malade, même profondément endormie, se réveille un peu, manifeste de la douleur, sa respiration se suspend, son pouls devient petit, il y a une sorte de hoquet. Ce sont là des accidents immédiats, mais il y a en a d'autres qui ne s'observent que 24 heures après l'opération. Ils ont quelque chose qui rappelle les accidents inflammatoires graves : fréquence du pouls et dyspnée, mais température normale, ce qui ne s'observe pas dans la péritonite. Le pouls est petit, dépressible ; il y a des vomissements qui peuvent durer 4 ou 5 jours, qu'on confondait autrefois avec ceux dus à la péritonite septique. Enfin il y a un crachotement particulier que M. Championnière considère comme le signe pathognomonique de ces accidents. Ces différents accidents revêtent deux formes cliniques : une grave, une bénigne. La forme grave est souvent mortelle, la température reste normale, elle s'élève ordinairement très haut au moment de la mort. Cette ascension rappelle assez celle du tétanos. Les formes bénignes sont de beaucoup les plus fréquentes : c'est généralement le deuxième jour que les accidents surviennent avec leurs caractères d'incoordination ; le crachotement permet toujours d'en faire le diagnostic.

Ainsi, c'est dans l'hystérectomie abdominale, dans l'opération de Battey, dans l'ablation de tumeurs végétantes de l'ovaire qu'on observe surtout ces accidents, c'est-à-dire dans les cas où les plexus nerveux relativement sains réagissent avec plus d'énergie, et surtout quand ces organes étant atteints d'hypéresthésie leurs nerfs présentent une hypersensibilité aux traumatismes. Le pronostic est donc assez sérieux.

Quant au traitement, il viendrait confirmer la doctrine du chirurgien de Saint-Louis. Les troubles nerveux disparaissent en effet dans l'action de la morphine, à laquelle il sera bon d'habituer les malades

avant l'opération, pour n'avoir pas à lutter ensuite avec l'intolérance que ces malades offrent pour ce médicament. Le bromure de potassium et le chloral rendent encore des services.

URÉTHROTOMIE INTERNE CHEZ L'ENFANT.

Le Dr de Pezzer communiquait dernièrement à la Société de médecine un mémoire sur ce sujet, terminé par les conclusions suivantes:

1° Dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre chez l'enfant, l'uréthrotomie interne a ses applications comme chez l'adulte ; il n'y a pas de contre-indication à cette opération chez l'enfant ; elle peut être faite comme chez l'adulte.

2° L'instrument doit être proportionné tant dans son angle de courbure que dans la longueur de la partie courbée à la courbure du canal; l'angle et la longueur de la courbure variant par conséquent avec l'âge du sujet.

3° La galvanocaustie ne donne pas de résultats comparables : le peu de bénéfice qu'on retire de cette méthode n'en compense pas les inconvénients.

4° Lorsque le canal de l'urèthre est encore perméable, nous rejetons, chez l'enfant, la dilatation forcée et l'uréthrotomie externe qui sont dangereuses, alors que, depuis plus d'un an, le résultat de l'uréthrotomie interne et de la dilatation consécutive s'est maintenu chez nos deux malades.

5° Dans les cas où le conducteur de l'uréthrotome ne pourrait être introduit, l'uréthrotomie externe reste naturellement l'opération de nécessité. (*Rev. de thérap. méd. clin.*).

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

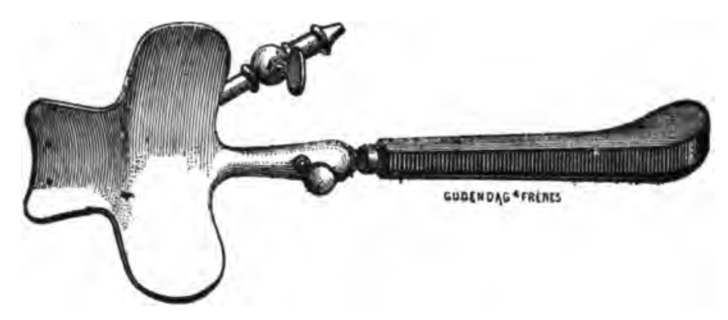
Bâtonnets en écorce d'orme jaune, par HENRY BYFORD (*Journ. of the amer. med. assoc.*, 1887, 23 avril, p. 470).

Byford a fait préparer des bâtonnets en écorce comprimée d'orme ; ces bâtonnets auraient l'avantage sur les bâtonnets en laminaria ou en tupelo de se dilater avec une rapidité beaucoup plus grande; ils laissent en outre suinter de leur intérieur une matière glaireuse qui empêche leur imbibition par les liquides putrides venus de l'extérieur; ce qui les rendrait plus antiseptiques que tous les autres bâtonnets.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Valve de Fritsch pour pratiquer l'hémostase par l'eau chaude dans les opérations du vagin.

Cet instrument a pour but de permettre de pratiquer les opérations vaginales sous un courant d'eau ; il peut rendre des services surtout dans les fistules vésico- et recto-vaginales, les élytrorrhaphies antérieure et postérieure, les colpo-périnéorrhaphies, etc. Le courant d'eau chaude employé dans ces opérations présente le double avantage de faire l'hémostase et de laver la plaie d'une façon continue, ce qui permet à l'opérateur de voir toujours très bien ce qu'il fait. On assure ainsi la facilité et l'innocuité de l'intervention chirurgicale.



L'instrument de Fritsch se compose d'un manche solide, en bois, portant une valve métallique.

Chaque valve présente deux larges oreilles métalliques destinées à concentrer la lumière sur la région à opérer et une partie en gouttière (valve proprement dite), percée, près de son extrémité, de deux petits orifices par lesquels s'écoule le liquide en nappe. Celui-ci est amené par un tube aplati, placé sous la valve et muni d'un robinet, sur lequel on monte le tube d'un appareil à irrigation.

VARIÉTÉS

LA PLUS HEUREUSE DES NATIONS.

Quelle est la plus heureuse des nations ? Une femme d'un mérite éminent, la doctoresse Wickery, s'est posé cette question et a entrepris de la résoudre aux lumières de la statistique.

Elle estime que la nation la plus florissante est celle où les chiffres de la population mâle et femelle sont le mieux équilibrés ; où il y

a le moins d'enfants illégitimes et le plus d'adultes dans la force de l'âge ; où la moyenne de la vie est la plus élevée ; où l'on rencontre le plus de vieillards dépassant la soixantaine.

C'est la France qui tient la tête sur tous ces points, et Mme Wickery pense que nous devons surtout cet avantage au fait que chez nous les familles sont sagement maintenues dans des proportions raisonnables et qui permettent de les bien gouverner. Le nombre des enfants par famille est de 3,2 dans la République française, alors qu'il s'élève à 4.6 en Angleterre, à 5 en Allemagne, à 5.4 en Irlande, à 5,25 en Ecosse.

Tandis qu'en Grande-Bretagne et en Allemagne le chiffre des femmes dépasse de 750,000 et de 1 million celui des hommes, en France on ne trouve qu'un excédent de 92,000 femmes. D'où ces deux résultats inattendus et, il faut bien le dire, peu conformes à l'opinion généralement répandue en Europe, que le chiffre proportionnel des mariages est plus grand et le nombre proportionnel des naissances illégitimes plus petit en France que partout ailleurs.

C'est ainsi que, de 1825 à 1866, la proportion des naissances illégitimes a été de 22 0/0 en Bavière, 11 en Autriche, 10 en Suède, 8.2 en Prusse et seulement 7.2 en France.

La mortalité générale est actuellement de 38 p. 1.000 en Allemagne et seulement 23.8 en France.

La France est aussi celui de tous les pays européens où l'on trouve le plus grand nombre d'adultes dans l'âge de la production, c'est-à-dire entre 15 et 60 ans. Sur 10,000 habitants, en effet, 5,373 appartiennent à cette catégorie, tandis qu'on en trouve seulement 4,967 en Hollande, 4,954 en Suède, 4,732 en Grande-Bretagne, 4,396 aux Etats-Unis.

La moyenne de la vie en France est actuellement de 31,06 ans ; c'est la plus forte de l'univers. Cette moyenne n'est que de 27.76 en Hollande, de 27,66 en Suède, de 26,5 en Angleterre, de 23,1 aux Etats-Unis.

Enfin, nous avons proportionnellement plus de vieillards au-dessus de 60 ans qu'aucune autre nation : sur 100 morts, on en compte en France 39 au-dessus de cet âge, alors qu'en Angleterre on n'en trouve que 30, en Suisse, 34, en Belgique, 28, en Wurtemberg 21, en Prusse 19 et en Autriche 17.

Mme Wickery aurait pu tenir compte de beaucoup d'autres éléments qu'elle a négligés et qui assignent également le premier rang

à la France : le nombre relativement faible des assistés, par exemple, la sobriété relative de la population, le chiffre énorme des comptes courants ouverts aux caisses d'épargne, etc., etc.

La seule ombre au tableau est l'état presque stationnaire du chiffre de la population, qui peut devenir à bref délai pour la France un véritable danger national, Mais, à ne considérer que le présent, dans ses résultats les plus tangibles, il est incontestable que la France, cette prétendue « maison de fous », est la nation la plus heureuse parce qu'elle est la plus sage.

(*Le Temps.*)

L'ANESTHÉSIE EN OBSTÉTRIQUE.

M. Hugues Leroux, écrivain de renom, vient de publier dans le *Temps* un article curieux intitulé : « *La question de l'Economie de la douleur ; un problème de médecine et de morale générale*, etc., etc. Nous ne citerons que l'une des questions qu'il soulève les autres ne méritant pas d'attarder l'attention d'un médecin. Aussi bien paraîtra-t-il déjà bizarre qu'on ait pu discuter comme lui, fort gravement, ladite proposition : *Une femme a-t-elle le droit de recourir au chloroforme pour éviter les douleurs de l'accouchement ?* Mais nous tenions à le faire connaître. Est-ce possible qu'en plein dix-neuvième siècle, des gens d'esprit se plaisent à discourir sur de pareilles balivernes, pardon ! sur de semblables cas de conscience ? Il est vrai qu'il n'y a pas de loi sur la presse scientifique ! Où diable la religion va-t-elle se nicher, sous prétexte que la Bible dit « Tu enfanteras dans la douleur. » Une femme a, paraît-il, trouvé la réponse juste : « Il y a un homme, un seul, qui ait jamais accouché ;..... et il s'est fait endormir, et par la main de Dieu encore ! Pauvre Adam, à quelle sauce on te met ! M Leroux en aurait probablement fait autant. M. B.

(*Progrès médical*).

NOUVELLES

Sont chargés de cours complémentaires, pendant l'année scolaire 1888-1889, près les Facultés de médecine ci-après désignées, les agrégés dont les noms suivent :

Faculté de Bordeaux. — Accouchements : M. Lefour.

Faculté de Lille. – Accouchements : M. Demon.

Faculté de Lyon. — Accouchements : M. Poullet.

Faculté de Nancy. — Clinique des maladies des enfants, M. Simon ; accouchements : M. Remy. — Est maintenu en fonctions pour l'année 1888 : *Schull*, chef de clinique obstétricale.

Faculté de Montpellier. — Accouchements : M. Gerbaud.

—

Un concours s'ouvrira le 7 janvier 1889, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi suppléant des chaires de pathologie et cliniques chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

—

INSTALLATION D'UNE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA MATERNITÉ. — Dans sa séance du 6 juillet, le Conseil municipal de Paris a décidé l'installation d'une clinique obstétricale à la Maternité, et voté, dans ce but, sur le rapport de M. le Dr Chautemps, une somme de 274,256 fr.46 c.

La Faculté de Médecine avait demandé la division en deux parties des services actuellement existants ; le conseil a préféré une création nouvelle qui, laissant intact l'état actuel, permet de conserver l'Ecole municipale des sages-femmes.

La nouvelle clinique aura 70 lits. Comme, d'autre part, la Maternité de Lariboisière recevra bientôt 20 lits, le Conseil espère que, dans un avenir plus ou moins éloigné, il sera possible de ne plus envoyer de pensionnaires chez les sages-femmes, ce mode d'hospitalisation étant de beaucoup le plus coûteux.

La suppression du service d'accouchement chez les sages-femmes laisse subsister intact le service des sages-femmes des bureaux de bienfaisance.

—

UNIVERSITÉ DE WURZBOURG. — M. Hofmeier est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie.

—

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE.— Ce concours s'ouvrira à l'Ecole, le jeudi 25 octobre 1888, à dix heures du matin.

—

LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 15 février 1889, à la Faculté de médecine de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Limoges. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

—

NOUVEAU JOURNAL. — Nous venons de recevoir le premier numéro d'un journal qui a pour titre : *La Médecine hypodermique*. Cette nouvelle feuille a pour rédacteur en chef le Dr J. Roussel.

—

LA PHARMACIE EN RUSSIE. — On vient de mettre en vigueur en Russie un ukase impérial, qui autorise les femmes russes à pratiquer la pharmacie, à condition de se soumettre aux mêmes examens et formalités que les hommes. Il s'y trouve un paragraphe qui nous paraît bien enfantin, au sujet de la défense faite aux pharmaciens de prendre une femme comme élève dans le cas où ils auraient déjà chez eux un jeune homme dans les mêmes conditions. A ce propos, un rédacteur de la *Pharmaceutische Zeitung*, de Berlin, relève plaisamment que l'ukase ne dit pas « s'il est défendu à un pharmacien *célibataire* de prendre chez lui une jeune fille comme élève ». (*Arch. de méd. et de chir. prat.*).

—

LES FEMMES MÉDECINS AUX ÉTATS-UNIS. — Pour la première fois, une femme vient d'être nommée membre de l'Académie de Médecine de Philadelphie. C'est Mme Willets, qui exerce depuis déjà sept ans et qui avait posé sa candidature depuis quatre ans sans pouvoir vaincre l'opposition de ses confrères. Après des démarches nombreuses, elle a fini par être élue au deuxième tour de scrutin.

—

ALLEMAGNE. — Les représentants de la communauté israélite de Berlin ont déclaré, dans une circulaire adressée à leurs coreligionnaires, que dorénavant la circoncision ne pourra être pratiquée, à Berlin, que par des médecins.

—

INVIDIA MEDICORUM PESSIMAM NON NOVA. — Dans un article humoristique de M. Fournier, sous le titre : LES MÉDECINS ONT-ILS UN PATRON AU PARADIS ? nous lisons :

Saint Pantaléon. — Fut martyrisé en 303, à Nicomédie. Ce fut, dit M. Chereau, la jalousie de ses confrères — toujours les mêmes, ces confrères — qui le dénonça ; mais ils furent bien attrapés ; car, après sa mort, saint Pantaléon guérit beaucoup plus de malades que de son vivant..

C'est bien fait, méchants confrères............................

—

Un médecin accusé d'avortement. — En juin dernier, une jeune femme est morte d'une péritonite à Kensington, à la suite d'une tentative d'avortement. Avant de mourir elle confia à sa sœur que l'opération avait été faite par un médecin, le docteur Gloster, exerçant dans le voisinage. Celui-ci, arrêté aussitôt, a nié énergiquement le fait. A l'autopsie, on a constaté que la paroi antérieure de l'utérus avait été traversée de part en part par un instrument pointu et on a trouvé dans la cavité péritonéale un tampon de ouate qui avait dû être introduit en même temps et qui avait déterminé la mort.

Le procès en cour d'assises a eu lieu cette semaine ; mais le juge a décidé que la déclaration de la défunte ne saurait être admise comme preuve évidente, parce qu'elle n'a pas été faite « sous l'appréhension immédiate de la mort », ainsi que l'exige la loi. Comme cette déclaration constituait la seule pièce d'accusation, le prévenu a été relâché. Ce qu'il y a de plus déplorable dans cette affaire, c'est que le médecin incriminé, qui occupe une bonne position sociale et qui possède (ou possédait) une assez grande clientèle, n'a pas été mis à même de démontrer son innocence, dont, d'ailleurs, personne ne doutait. Il aurait pu prouver, d'abord, qu'il n'avait pas vu la femme le jour où l'opération abortive avait été faite. Ensuite, il était peu vraisemblable qu'un médecin, si inhabile qu'on le suppose, ait causé une semblable blessure. Il est assuré de la sympathie de tous ses confrères et il conserve leur estime ; mais il n'en est pas moins vrai qu'une déclaration en l'air lui a causé un grand préjudice.

(*Bull. méd.*)

—

Lawson Tait et les Allemands. — La guerre entre les médecins anglais et allemands est de plus en plus acharnée. Ce qui est certain, c'est que si les Anglais ne sont pas aimés à Berlin, les Allemands ne sont pas goûtés à Londres.

Lawson Tait, le gynécologue anglais qui a opéré notre confrère

Budin, dit que le temps que l'on dépense à apprendre l'allemand est une perte sèche. Il rapporte le fait significatif suivant : « Un très célèbre chirurgien allemand me harcelait de questions au sujet de mes succès exceptionnels en chirurgie abdominale. J'évitais autant que possible de répondre directement à ses obsessions, lorsque, poussé au pied du mur, je répliquai que *je donnais une grande attention à la propreté de mes ongles.*

Le chirurgien regarda *ses* ongles et me tourna le dos ; je ne le revis plus. Je ne sais s'il est devenu plus sage, mais il ne pouvait être plus furieux. Depuis, je ne vois plus de visiteurs allemands ; par contre, la presse médicale allemande m'honore d'attaques continuelles. »

(*J. de méd. de Paris.*)

—

Le clinicat des femmes dans les Facultés de médecine. — L'administration de l'Assistance publique, après des polémiques très vives dans la presse médicale et politique, a reconnu ce droit et a autorisé les étudiantes à concourir pour l'externat et l'internat, et ultérieurement ce droit sera reconnu, s'il y a lieu, pour les places de chefs de service dans les hôpitaux. Il paraît qu'au Ministère de l'Instruction publique on n'est pas disposé à se montrer aussi libéral ou plutôt aussi juste. M. Goblet, étant ministre de l'Instruction publique, aurait décidé (15 mars 1886) d'exclure les candidats du sexe féminin de tous les concours du clinicat. Mlle Mesnard (de Bordeaux), doctoresse, a voulu savoir si le ministre actuel de l'instruction publique se montrerait plus équitable. Le 4 juin dernier, le recteur de l'Académie de Bordeaux lui a déclaré que M. Lockroy ne voulait pas revenir sur la décision du 15 mars 1886. Il serait bien difficile de donner des motifs sérieux à l'appui d'une telle mesure, inspirée bien plutôt par les préjugés catholiques que par un véritable sentiment des principes et des institutions modernes.

(*Progr. méd.*)

———

BIBLIOGRAPHIE

I. **De la valeur des établissements fermés dans le traitement de la phtisie pulmonaire.** Communication au Congrès de la tuberculose par le Dr H. Frémy. Paris Steinheil, 1888.

II. **Du Catarrhe chronique hypertrophique et atrophique des fosses nasales. Traitement par la galvanocaustique chimique,** par le Dr Garrigou-Désarènes. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1888.

Notre confrère qui a été le premier à instituer le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales, de l'ozène et du rétrécissement de la trompe d'Eustache au moyen de la galvanocaustique chimique a eu la bonne idée de réunir, dans ce volume de 239 pages, les faits qui démontre l'efficacité de cette méthode, d'exposer les guérisons qu'elle donne et de préciser la manière de l'employer.

Il s'agit d'affections trop fréquentes et d'un mode de traitement encore trop peu connu pour que le travail de M. Garrigou-Désarènes ne soit pas appelé à rendre les plus grands services aux praticiens, même à ceux qui ne s'occupent pas spécialement de rhinologie. Nous ne saurions donc trop vivement leur en conseiller la lecture réellement instructive et attachante.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

200. — Traitement du catarrhe bronchique chez les enfants, par James CARMICHAEL. — L'hygiène, suivant l'auteur, tient la première place dans le traitement.

Les enfants auront des vêtements très légers et très larges à la taille, le bandage ombilical des nouveau-nés sera enlevé. On couchera l'enfant sur le côté sain et l'on ne le laissera pas trop longtemps couché ; on le prendra sur les bras et on provoquera même au besoin ses cris et ses pleurs. La nourrice appliquera de temps en temps ses mains mouillées sur le dos et la poitrine de l'enfant pour provoquer une brusque inspiration.

La chambre sera bien ventilée et pas trop chauffée. Les repas seront légers et fréquents. On emploiera les toniques: quelques gouttes de vin ou d'eau-de-vie ; un peu de koumys chez les nouveau-nés ; sous-carbonate d'ammoniaque par petites doses.

Lorsqu'il survient une atélectasie spasmodique : belladone à haute dose et fréquemment renouvelée.

Dans les catarrhes aigus, maintenir l'air de la chambre saturé de vapeur et d'eau en tendant des draps mouillés autour du berceau, en faisant évaporer de l'eau.

On enveloppera la poitrine d'ouate imbibée d'eau froide ou chaude et recouverte d'un makintosh ; on pourra l'asperger d'essence d'eucalyptus, de pin ou de térébenthine.

L'auteur proscrit l'ipéca, à moins de toux sèche constante.

Chez les enfants vigoureux et au début, on peut employer l'antimoine, l'apomorphine ou l'ipéca, avec ou sans les alcalins.

Une perle ou deux de térébenthine diminuent l'irritation bronchique.

***

201. — Hémorrhagies passives. (SAINT-MARC.)

Eau distillée de goudron.............. ...	60 gram.
Sirop de Tolu..........................	30 —
Essence de citron......................	1 goutt.

M. S. A.

A prendre par cuillerée toutes les quatre heures.

Le lait est certainement le véhicule qui facilite le mieux la digestion de ce médicament que, dans tous les cas il vaut, mieux ne pas prendre pur.

***

202. — Des propriétés essentielles de l'utérus ; tranchées utérines et leur traitement par l'antipyrine, par le docteur Rivière. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1888, 32.) — Des propriétés de la fibre musculaire utérine, les plus essentielles sont l'extensibilité, la rétractilité et la contractilité. Cette dernière, bien distincte de la rétractilité, survient toutes les fois qu'il y a dans l'utérus un corps étranger à expulser.

Les tranchées utérines se produisent suivant deux mécanismes différents : 1° lorsqu'il y a défaut de rétractilité, et par suite formation de caillots ; 2° lorsque, malgré une rétractilité suffisante, les contractions persistent sollicitées par l'entraînement, l'emploi intempestif ou excessif du seigle, ou par la rétention de débris ou caillots.

Si la contraction dans les tranchées est parfois utile, la douleur n'est jamais indispensable, et l'antipyrine fait disparaître la douleur sans toucher à la contraction.

1 gramme d'antipyrine donné par la bouche suffit pour calmer les tranchées 12 fois sur 28, 2 grammes pris en deux doses, à une heure d'intervalle, constituent un maximum, 20 fois sur 38, qu'il est rarement nécessaire de dépasser.

Dans les cas assez rares où l'antipyrine ne supprime pas définitivement la douleur elle en diminue toujours, et instantanément, l'acutité, parfois même elle amène un calme complet, mais qui ne dure pas.

Lorsque son influence reste nulle ou peu efficace, on doit penser à la possibilité de la rétention dans l'utérus de débris placentaires et au danger d'accidents infectieux consécutifs.

Les suites de couches ne sont pas influencées, et l'antipyrine ne s'élimine pas par le lait.

203. — Traitement préventif des hémorrhagies de la délivrance, par Sale (d'Aberdeen). — L'originalité de ce mode de

traitement provient de ce qu'il est préventif. Jusqu'ici les accoucheurs n'avaient guère pensé qu'au traitement curatif.

Cette prophylaxie consiste à traiter pendant la grossesse la cause supposée de l'hémorrhagie.

Ces différentes étiologies peuvent être ramenées à cinq principales :

1° *Hémophilie* : employer la térébenthine, l'*oleum organum*, l'extrait fluide de matico;

2° *Anémie* : extrait liquide de *stylosanthus*, l'*actaca racemosa*, le *salix nigra*, la faradisation des muscles abdominaux pendant dix minutes chaque jour;

3° *Débilité organique* : exercice, quinine, fer, strychnine ;

4° *Affection cardiaque* : gelsemium ;

5° *Pléthore* : diététique et purgatifs salins.

204. — Traitement de l'eczéma de la face et de l'érythème papuleux simple des nouveau-nés. (E. Besnier.) — L'irritation gingivale dans l'eczéma de dentition sera traitée par des attouchements faits toutes les heures avec le doigt trempé dans la solution suivante :

Glycérine	10 grammes.
Eau distillée	10 —
Bromure de potassium	1 —
Cocaïne	0 gr. 10.

M. S. A.

On peut ajouter une certaine dose de bromure à l'intérieur. Localement on appliquera :

Oxyde blanc de zinc	25 grammes
Vaseline	75 grammes.

M. S. A.

Dans la forme séborrhéique, on se trouve bien des applications de la pommade suivante :

Résorcine	1 gramme,
(Ou soufre)	4 à 5 —
Oxyde de zinc	10 —
Vaseline	100 —

M. S. A.

Dans l'érythème simple des nouveau-nés, comme dans toutes les circonstances où la peau a besoin d'être protégée contre les souillures, on prescrira le poudrage avec :

Talc de Venise........................	parties égales.
Oxyde de zinc........................	
Poudre d'amidon.....................	
Acide borique........................	1 à 2 0/0.

M. S. A.

***

205. — Prurit génital (ROUTH.)

Eau chaude........................	un demi-litre
Borax.............................	une cuiller à café
Ess. de menthe poivr..............	V gouttes

Agitez.

(En lavages avec une petite éponge.)

206.— Traitement de la méningite des enfants. (H. PIERRON.) — 1° Entretenir la liberté du ventre par le calomel, le matin.

2° Vésicatoire volant sur la tête.

3° Frictions des aines et des cuisses avec l'onguent napolitain simple, trois fois par jour.

4° Potion, toutes les demi-heures (2 ans), de :

Bromure de potassium..............	3 grammes.
Iodure de potassium................	0 gr. 60.
Teinture de musc..................	X goutt.
Sirop de quinquina................	90 gram.
Eau de tilleul.....................	120 —

5° Quelques sangsues aux apophyses mastoïdes.

207. — Traitement de la folie des femmes enceintes. (PINARD.) — Lorsque la folie commence avec la grossesse, l'expectation peut faire tous les frais du traitement. Cependant, les toniques et l'hydrothérapie peuvent rendre des services ; la morphine est aussi quelquefois indiquée. Dans les cas d'hyperthermie crânienne, employer

les vésicatoires et les cautères à la nuque, prescrire en outre des irrigations continues, avec le bonnet en tuyau de caoutchouc ou d'étain. — Rejeter la saignée et l'avortement provoqué. Ce dernier moyen, en faveur chez les Anglais, sacrifie l'enfant pour obtenir un résultat plus que douteux pour la mère.

⁂

208. — Angine tonsillaire infantile. (Manid.)

Teinture d'aconit	8 gr. 5
— de gaïac	15 gr.
Glycérine	30 gr.

Vingt gouttes toutes les heures dans de l'eau tiède, puis toutes les quatre heures. Dès la première dose, les malades sont soulagés ; cette amélioration ne fait qu'augmenter aux doses suivantes.

209. — Sirop contre la toux chez l'enfant.

R. Sirop d'ipéca	30 grammes.
Sirop de laurier-cerise	30 —
Sirop d'aconit	3 —
Sirop diacode	30 —
Vieux cognac	10 —

210. — Le chlorure de sodium dans les troubles de la grossesse. — Le Dr Greene rapporte qu'il vient d'avoir l'occasion d'observer deux cas de grossesse accompagnée de troubles graves. Dans le premier, on avait essayé tous les moyens préconisés en semblables circonstances, mais sans pouvoir obtenir la moindre amélioration. La femme était parvenue au septième mois de la grossesse, et sa santé générale était fortement déprimée. Avant de recourir à l'accouchement prématuré, il fut décidé d'essayer l'effet de petites doses de chlorure de sodium ; on en administra 30 centigr. dans 30 grammes d'eau chloroformée. Dès la première dose, une amélioration sensible se manifesta, et la guérison complète fut obtenue après l'administration de la sixième dose. Il fut ensuite jugé nécessaire de continuer ce traitement, trois fois par jour, jusqu'au moment de l'accouchement qui se passa très régulièrement. Dans un

autre cas, le même traitement fut suivi du même résultat. L'action du chlorure de sodium paraît devoir être attribuée à ses fortes propriétés *antacides*, car dans l'un et l'autre cas que nous venons de citer, les sécrétions présentaient une réaction très acide, au point que la soude, la potasse, l'ammoniaque n'avaient procuré aucune amélioration. L'auteur recommande de prescrire le médicament sous son nom chimique, afin d'agir en même temps sur le moral du malade.

The Medical Press, qui rapporte cet article, ne nous dit pas si le véhicule employé pour administrer le chlorure de sodium, — l'eau chloroformée, — n'a pas aussi par lui-même une action qui pourrait, jusqu'à certain point, expliquer les résultats obtenus. Quoi qu'il en soit, les troubles de la grossesse sont parfois si rebelles qu'une ressource thérapeutique nouvelle sera toujours favorablement accueillie.

***

211. — Intervention du médecin dans la délivrance. — M. le Dr G. Tournay a présenté à l'agrégation de la Faculté de Bruxelles une thèse importante sur le mécanisme de la délivrance, dans laquelle il résume très heureusement la conduite que doit tenir le praticien dans cette période de l'accouchement. Pendant un certain nombre d'années, la méthode de Crédé dite d'expression utérine, qui consiste à faire la délivrance presque aussitôt après l'accouchement, a été fort en honneur en Allemagne et a eu quelques adeptes en France. Actuellement elle est abandonnée à peu près partout, même en Allemagne.

Il résulte, en effet, du mécanisme de la délivrance que celle-ci est un acte physiologique, et que, si l'accoucheur a la patience d'attendre, si au lieu de chercher à faire briller son adresse, il se borne au simple rôle de spectateur, les seuls efforts de la nature suffiront 90 fois sur 100 à expulser le délivre. Il est donc préférable de ne toucher ni à l'utérus ni au cordon, et de ne prendre le placenta que lorsqu'il est arrivé à la vulve, ce qui se présente en moyenne au bout d'un laps de temps variant de 15 à 25 minutes.

Cependant comme la femme ne se croit hors de danger que lorsqu'elle est délivrée, il peut être indiqué d'intervenir un peu plus tôt. En tout cas, le décollement du placenta et son expulsion jusque sous l'anneau de contraction doivent toujours être abandonnés à la nature; toute intervention, de quelque nature qu'elle soit, est non seulement inutile, mais encore dangereuse, sauf dans les cas patho-

logiques qui nécessitent la délivrance artificielle. En effet, les tractions exercées sur le cordon avant le décollement du placenta, si elles sont légères, ne font qu'irriter l'utérus et provoquent des contractions spasmodiques et irrégulières de cet organe qui enchatonne alors le placenta ; la délivrance se trouve ainsi retardée ; de plus, l'inertie utérine et l'hémorrhagie peuvent succéder à ce spasme. D'autre part, une hémorrhagie abondante se produirait encore si l'on tirait assez fortement sur le placenta pour le décoller en partie. La rupture du cordon, l'inversion utérine, la déchirure du placenta, etc., sont les accidents qu'on peut produire par la traction prématurée du cordon.

Quant à la méthode par expression, qui a pour but de renforcer les contractions utérines, elle a surtout l'avantage d'empêcher de faire sur le cordon des tractions intempestives et de supprimer ainsi la cause la plus fréquente des hémorrhagies primitives de la délivrance ; mais elle rend les hémorrhagies secondaires plus fréquentes et favorise la déchirure de lambeaux des membranes et des cotylédons placentaires : d'où la lenteur de l'involution utérine, et les dangers de l'infection.

C'est donc seulement pour faciliter l'expulsion de l'arrière-faix hors du segment inférieur de l'utérus et du vagin que l'intervention de l'accoucheur peut être utile, et encore cette intervention doit-elle constituer une exception. Pour reconnaître si le placenta a abandonné le corps utérin proprement dit, la palpation de l'abdomen est le plus souvent suffisante. Dans le cas où ce diagnostic serait difficile, on pratiquerait le toucher avec les précautions antiseptiques nécessaires. On peut alors, ou par des tractions légères sur le cordon, ou par une pression légère, mais soutenue du fond de l'utérus avec la main, faire sortir entièrement le placenta des voies génitales. Si les précautions antiseptiques ont été bien prises, la rétention de quelques débris de membranes, si elle se produisait, n'amènerait pas d'accidents d'infection.

Reste la question de la ligature du cordon. M. Tournay conclut de ses recherches : 1° qu'il est bon d'attendre pour lier et couper le cordon que l'enfant respire librement et pousse des cris vigoureux : ou au moins que le cordon ne batte plus. Ordinairement, lorsque l'enfant respire, le cordon cesse de battre ; 2° que la ligature du bout placentaire du cordon est utile, quoi qu'en aient dit certains auteurs, et que le décollement du placenta est ainsi facilité.

***

212. — Traitement de la leucorrhée par le sulfure de calcium. — D'après le docteur Wilson, le sulfure de calcium constitue un moyen très puissant de combattre la leucorrhée d'intensité moyenne, et ne dépendant pas d'une ulcération du col utérin. On l'administre à la dose de un à trois grains (de 6 à 20 centigr.) matin et soir.

***

213. — De l'eau distillée de goudron et de son emploi contre les hémorrhagies. — Vers le milieu du siècle dernier, l'évêque philosophe Berkeley publia un livre qui est une apologie enthousiaste du goudron et de ses vertus médicinales. Comme toutes les choses vantées au delà de leur valeur, le goudron perdit plus qu'il ne gagna aux louanges exagérées de Berkeley. Sa gloire fut éphémère. Il retomba bientôt dans l'oubli. Mais vers 1830, les vétérinaires s'en servirent dans le traitement des maladies cutanées, et Alibert l'employa contre les dermatoses de l'homme. En 1843, Fig l'employa contre le catarrhe de la vessie et du poumon. Récemment le docteur Corneille Saint-Marc a préconisé l'usage de l'eau distillée de goudron contre l'hémoptysie et contre les hémorrhagies en général. Pour préparer l'eau distillée de goudron, on prend un kilogramme de goudron, deux kilogrammes de sciure de bois de sapin et douze litres d'eau ; on distille et on recueille six litres de liquide. On obtient ainsi un liquide parfaitement incolore, d'une odeur fortement empyreumatique, provoquant l'éternuement, d'une saveur astringente et occasionnant, après son passage dans la bouche et dans l'arrière-gorge, une sensation de chaleur du reste très fugitive. La dose nécessaire pour arrêter les hémorrhagies serait de 60 gr. (4 cuillerées) par vingt-quatre heures ; pour masquer le goût de l'eau de goudron, on pourra la prescrire sous forme de potion :

Eau distillée de goudron.........	60 grammes.
Sirop de tolu....................	30 —
Essence de citron...............	1 goutte.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

C'est surtout contre les hémoptysies de la tuberculose, à la première et à la seconde période, que l'eau distillée de goudron réussit ;

elle est inefficace dans les hémoptysies du troisième degré. Mais elle est très utile encore contre les épistaxis des chlorotiques et des hémophiliques, les hémorrhagies de l'ulcère stomacal, de la métrite congestive.

Il semble que le succès est moins certain dans le cas de carcinomes, de myômes, de polypes; là l'ergotine est supérieure. Enfin, les hystériques paraissent très mal supporter l'eau distillée de goudron. (*Thérap. contemp.*)

214. — Prophylaxie et traitement de la mammite puerpérale, par R. Olshausen (*Pester med. chir. Presse*, n° 26, 1888). — L'inflammation parenchymateuse de la glande mammaire est fréquente chez les accouchées ; elle survient en général dans la seconde semaine, rarement avant le sixième jour. Le début a lieu par un frisson plus ou moins violent et par une élévation de la température; mais déjà la malade accuse des douleurs dans le sein, dont la peau est rouge, tandis qu'on sent au toucher une masse dure et douloureuse. Dans les cas bénins, la fièvre cède dès le deuxième jour, et la maladie se termine par résolution. Passé ce terme, la suppuration est la règle.

Un traitement chirurgical bien appliqué au début peut circonscrire l'inflammation et l'empêcher de gagner les lobes voisins.

La mammite puerpérale a toujours pour origine l'infection. Celle-ci pénètre soit par les crevasses, soit par l'orifice des conduits galactophores. Escherich et Bumm, en montrant l'existence de bactéries dans le lait provenant d'une glande encore saine, ont montré en même temps la réalité de cette dernière origine. La présence de bactéries peut faire perdre au lait sa propriété alcaline, mais les organismes disparaissent avec la guérison des crevasses. La voie habituelle par laquelle pénètrent les staphylococcus est, dans la majorité des cas, celle des conduits galactophores. Dans une mammite non abcédée, Cahn a trouvé un streptococcus particulier.

La mammite phlegmoneuse qui succède généralemeut aux crevasses se diffuse, s'étend au tissu cellulaire environnant.

On ne peut incriminer aujourd'hui la stase lactée comme cause de mammite, mais la pénétration des micro-organismes dans le lait fait développer des acides anormaux qui précipitent la caséine, en sorte

que celle-ci peut, par son séjour, favoriser la reproduction des bactéries.

Suivant les statistiques de l'auteur, la mammite atteint surtout les femmes qui nourrissent, bien que les autres n'en soient pas exemptes ; les primipares fournissent un contingent de 67,6 %, tandis que l'affection est beaucoup plus rare chez les multipares.

La prophylaxie consiste dans la désinfection du mamelon et des crevasses, surtout après chaque tétée ; il faut avoir soin également de nettoyer la bouche de l'enfant. Sitôt que la mammite se déclare, il faut cesser l'allaitement, ce qui est le meilleur moyen de la faire avorter. L'auteur recommande en même temps les purgatifs et l'application de la glace sur le sein. Si la fièvre dure plus de trente-six heures, il faut s'attendre à la suppuration, rechercher le point fluctuant et l'inciser aussitôt qu'il apparaît, avec toutes les précautions antiseptiques.

Dans la mammite sous-aréolaire qui n'intéresse que le tissu cellulaire sans toucher à la glande, la suspension de l'allaitement n'est pas nécessaire. Enfin, l'abcès rétro-mammaire doit être ouvert de bonne heure au niveau du bord inférieur de la glande.

(*France médicale.*)

215. — Traitement de la diarrhée alimentaire de la première enfance. (VEILLARD.) — Les *purgatifs* sont souvent indiqués pour éliminer du tube digestif les matières alimentaires non digérées et les microbes ou ptomaïnes qui se sont développés secondairement.

L'*huile de ricin*, à la dose de 1 gramme, quatre jours de suite, chez des enfants âgés de moins de six mois (Blache) : 2 à 3 grammes jusqu'à deux mois.

Le *phosphate de soude* est un des meilleurs purgatifs à employer dans la diarrhée alimentaire des enfants. On le donne à la dose de 0,25 à 0,50 centigrammes par biberon, plusieurs jours de suite. Outre qu'il est purgatif, il doit être considéré comme un des meilleurs adjuvants de la fermentation lactique ; il est donc antiseptique par production d'acide lactique.

Le *calomel*, qui est un purgatif et un diurétique antiseptique, peut s'employer à la dose journalière de 0,15 à 0,25 centigrammes.

Si, malgré l'emploi de ces moyens, la diarrhée persiste, on peut

utiliser les médicaments qui diminuent l'élément séreux de la diarrhée (opiacés et astringents) ou la médication antiseptique.

3° *Antiseptiques intestinaux.* — M. le Dr Lesage place au premier rang l'acide lactique, employé en potion selon la formule de M. Hayem (2/100). Nous avons vu que les alcalins agissent de la même façon.

La naphtaline peut être donnée cinq à dix jours de suite.

Napthaline	0,50 à 1 gr.
Rhum ou cognac	10 grammes
Julep	50 —

par cuillerées à café dans les 24 heures.

Bien d'autres antiseptiques ont été employés (créosote, salicylate de bismuth, acide phénique, benzoate de soude, etc.), mais les résultats ont été jusqu'ici très incertains ; il est préférable de s'en tenir aux alcalins, à l'acide lactique, à la naphtaline ou au naphtol.

4° *Opiacés et astringents.* — On peut les donner isolément ou simultanément, suivant l'une des formules suivantes :

Sirop de ratanhia	30 grammes
Julep	30 —

par cuillerée à café toutes les deux heures, une demi-heure avant la tétée.

Autre.

Elixir parégorique	V à X gout.
Extrait de ratanhia	0,50 à 1 gr.
Sirop de grande consoude	20 grammes.
Eau distillée	40 —

Même mode d'emploi.

(*Gaz. méd. de Paris*).

***

216. — De la créoline en gynécologie. — La plupart des substances antiseptiques qui sont d'un usage courant en gynécologie ne sont pas sans présenter quelques inconvénients.

L'acide phénique a des qualités précieuses ; mais il présente également de grands inconvénients, tels que son odeur, sa causticité, sa toxicité.

Le sublimé ou le biiodure jouissent de propriétés microbicides remarquables, mais leur emploi expose à des accidents toxiques.

L'acide borique est un désinfectant assez faible.

La résorcine, l'iodoforme sont d'un usage excellent à tous égards, mais d'une application assez difficile, et le second est en outre d'une odeur désagréable, qui le fait rejeter par beaucoup de personnes.

Tout dernièrement, l'on a expérimenté en Allemagne et en Autriche une nouvelle substance antiseptique, la créoline. Nous avons eu l'idée de nous en servir chez plusieurs malades atteintes de métrites, de vaginites et de cancers du col. Les résultats ont été particulièrement favorables. Voici d'abord quelles sont les propriétés physiques et chimiques de ce nouvel agent thérapeutique.

La créoline, produit de la houille anglaise, est de couleur brune, assez épaisse, d'une odeur goudronneuse caractéristique. Elle est soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, la benzine. Elle s'émulsionne dans l'eau à la façon du coaltar. Elle n'est pas caustique, et ne provoque pas de sensations désagréables chez les malades. Elle ne détériore jamais les instruments ; et c'est là une supériorité qui n'est pas à dédaigner, sur l'acide phénique, le sublimé et le biiodure de mercure.

Le professeur Brochmer a établi le premier, d'une façon irréfutable, le grand pouvoir microbicide de la créoline, dont il a prouvé en outre la parfaite innocuité en l'expérimentant sur les chiens.

Au point de vue chimique, ce n'est pas un corps bien défini, mais plutôt un mélange contenant, d'après une analyse faite par M. Fischer, 6 0/0 de gaz hydrocarbonés, 27 0/0 de phénol (mais pas d'acide carbonique), 2 0/0 de bases organiques, 4 0/0 de cendres composées de carbonates, un peu de chlore et des traces de sulfates.

Je m'en suis servi tout d'abord dans les cas de vaginites et métrites. Depuis la communication du Dr Constantin Paul, on connaît aujourd'hui l'importance des antiseptiques dans le traitement de ces affections.

Voici le manuel opératoire :

Pour l'employer, il suffit de badigeonner exactement avec une solution de 4 0/0 toute la surface des conduits malades.

Les résultats sont très rapides ; la cuisson et l'écoulement se modifient déjà au bout de quelques jours.

Mais c'est surtout dans les métrites chroniques parenchymateuses que la créoline se montre véritablement supérieure. Injectée dans

la cavité utérine, elle désinfecte celle-ci aussi bien que le ferait une solution de sublimé, et avec elle on n'a pas à craindre les graves accidents produits souvent par le bichlorure de mercure.

En résumé, l'usage de la créoline nous paraît tout indiqué chaque fois que l'on veut prévenir ou combattre du côté de la matrice des manifestations septiques. (*Bulletin Médical.*)

Dr A. WEBER.

***

217. — Grossesse. — Un correspondant du journal anglais *The Lancet* affirme avoir toujours réussi, au moyen d'un seul vésicatoire appliqué sur les quatrième et cinquième vertèbres dorsales, à faire cesser les maux de cœur de la grossesse jusqu'à la fin de la période de la gestation, à quelque moment de cette période qu'il ait été consulté. (*New-York medical Abstract*, décembre 1887, et l'*Abeille médicale*.)

***

218. — L'hydrothérapie doit-elle être continuée pendant la période menstruelle. — A ce sujet, les uns disent oui ; les autres disent non. Le Dr Greuell (de Gérardmer) a donc eu raison de fixer la pratique à ce sujet. D'abord, l'auteur admet, comme axiome admis par tous les hydropathes, que le traitement hydrothérapique judicieusement appliqué peut être suivi pendant toute la période menstruelle sans provoquer le moindre trouble dans cette fonction physiologique.

Il considère quatre cas :

1° La malade se trouve dans la période dite de préparation des règles. — Chez les personnes sujettes aux métrorrhagies, le traitement peut être appliqué à la condition de porter la douche sur les régions supérieures du corps. S'agit-il d'une chlorotique dysménorrhéique ? Il faut alors doucher les extrémités inférieures et faire des applications tièdes sur le bassin et les cuisses. Ne s'abstenir que dans les cas d'appréhension invincible pour l'eau froide.

2° La malade est réglée quand elle arrive à l'établissement. — Dans ce cas, l'intervention immédiate de l'hydrothérapie est généralement inutile. Elle n'est autorisée que dans les cas de métrorrhagies très abondantes.

3° Les règles surviennent pendant le traitement. Faut-il l'interrompre et pendant combien de temps ? — On peut le continuer si les

femmes ne présentent aucune lésion de l'appareil utéro-ovarique. Il doit être continué chez les malades à menstruation insuffisante. Chez les femmes sujettes aux métrorrhagies, le traitement, une fois institué, ne devra pas être interrompu.

4° L'hydrothérapie pendant la grossesse et l'allaitement. — Pendant la grossesse, on peut continuer les douches, à la condition de respecter le bassin et toute l'étendue de l'abdomen. Mais, dans certains cas, l'hydrothérapie doit être prescrite parce qu'elle rend à l'utérus et à ses annexes une tonicité qui leur manque pour mener à bien une grossesse ; elle est donc applicable aux femmes sujettes à des avortements fréquents par suite d'un état de faiblesse générale ou de relâchement et d'atonie des ligaments utéro-ovariens.

Elle peut encore être utile dans quelques cas de vomissements. Enfin, le traitement peut être toujours continué pendant l'allaitement sans aucun inconvénient.

219. — Des précautions à prendre dans l'emploi des injections mercurielles chez les nouvelles accouchées. — M. Boxall indique les précautions à prendre pour éviter toute intoxication. D'abord, il faut avoir soin que l'utérus soit bien contracté et faire l'injection à une température suffisante pour stimuler le muscle utérin. L'injection sera toujours faite, la femme étant couchée sur le dos. Après l'injection, il faut s'assurer par la palpation que l'utérus est bien contracté. S'il est distendu par l'injection, on saisira le fond de la matrice avec la main et on la comprimera. S'il y a des solutions de continuité de tissus, on en mettra les bords en contact.

La néphrite chronique et toutes les altérations qui peuvent survenir dans les reins pendant la grossesse peuvent, par suite du défaut d'élimination qui en résulte, produire une accumulation du médicament. Quand les reins sont malades, on devra donc s'abstenir d'injections mercurielles ou, si on y a recours, ce sera avec les plus grandes précautions. Il faut en outre que l'intestin soit évacué tous les jours par des purgatifs ou par des lavements.

M. Duncan insiste sur la facilité avec laquelle l'utérus se laisse distendre par les injections, même très longtemps après la délivrance. M. Routh est d'avis qu'on a recours d'une façon trop banale aux injections mercurielles. Pour les cas ordinaires, il préfère les injections faites avec trente gouttes de teinture d'iode dans un tiers de litre d'eau

aussi chaude que la malade peut la supporter. M. S. SLOAN n'est pas partisan des injections vaginales pour toutes les accouchées. Il les réserve pour les cas où il y a des accidents septiques. Par contre, Champneys fait des injections à toutes ses accouchées et s'en trouve bien. Dans les cas simples, il ne se sert pas du sublimé.

220. — Traitement de la dysménorrhée par l'antipyrine, par le docteur WINDELSCHMID (*Allgemeine medic. central Zeitung,* 1888, n° 53, et *Revue thérap. gén. et thermale*). — L'auteur prescrit des lavements avec 2 grammes d'antipyrine administrés avant ou pendant les époques menstruelles. L'efficacité de cette médication sédative a été particulièrement manifeste dans deux cas où la dysménorrhée avait résisté aux divers remèdes médicaux et chirurgicaux usités contre ce genre de souffrance. Les douleurs duraient depuis une huitaine de jours et affectaient une extrême violence. On réussit à les calmer en administrant par la voie rectale trois doses d'antipyrine de 2 grammes, les deux premières à douze heures d'intervalle, la troisième, vingt-quatre heures plus tard. Du même coup, cédèrent les accidents convulsifs occasionnés par les douleurs. Les seuls effets fâcheux de la médication ont consisté dans des sueurs abondantes et un peu d'ischurie. Parfois, il a été nécessaire de faire prendre aux personnes un verre de vin ou de lait pour parer à un collapsus imminent.

Incidemment l'auteur raconte qu'il a vu se développer de l'urticaire chez un garçon de 7 ans auquel il avait ordonné 3 décigrammes d'antipyrine *per os*. L'éruption n'a persisté que douze heures environ.

FORMULAIRE

—

De l'action de la phénacétine sur l'irritation spinale en rapport avec une affection de l'utérus. (J. CHÉRON.)

J'ai démontré, il y a une dizaine d'années, combien l'irritation spinale localisée est fréquente chez les malades atteintes d'une affection de l'utérus. Cet état, qui se reconnaît à la douleur provoquée par la pression des apophyses transverses des vertèbres des régions dorsale

et lombaire, aux névralgies diverses (lombo-abdominale, lombo-sacrée, sous-mammaire, crurale, etc.) à de nombreux troubles fonctionnels viscéraux, etc., constitue une difficulté des plus grandes de la thérapeutique gynécologique. Et cependant, il est nécessaire de diminuer cette irritation spinale qui retentit d'une façon fâcheuse sur la circulation utéro-ovarienne et qui représente une source inépuisable de malaises pour les malades.

Axenfeld disait que l'hydrothérapie et le sulfate de quinine constituaient le seul traitement de l'irritation spinale. Actuellement, nous sommes mieux armés contre elle avec les ressources que fournissent chaque jour les progrès de la pharmacologie contemporaine. Déjà l'antipyrine m'avait permis de soulager un grand nombre de ces cas particulièrement rebelles, mais j'avais dû y renoncer chez quelques malades à cause des troubles dyspeptiques et des douleurs gastralgiques qui accompagnent si souvent les affections de l'utérus et que l'antipyrine ne faisait qu'aggraver.

Dans ces conditions, après avoir essayé sans grand succès l'acétanilide, trop toxique et trop difficile à manier, je me suis arrêté à la phénacétine dont l'action analgésique est égale, sinon supérieure à celle de l'antipyrine, à la phénacétine qui est très bien supportée par l'estomac, même dans les cas de gastralgie, et ne produit pas de nausées, enfin qui est peu toxique et dont l'usage peut être continué sans inconvénients pendant plusieurs semaines consécutives.

C'est sous forme de cachets de 0,50 centigrammes pris au moment des repas ou 4 heures après qu'il convient de l'administrer, le médicament n'étant absorbé par la muqueuse gastrique que grâce à la présence de l'acide lactique ; la dose habituelle est de 3 cachets par jour; dans quelques cas, elle peut être portée accidentellement à 6 cachets par jour.

On prescrira :

Phénacétine................ 15 grammes
en trente cachets.

En prendre un à chaque repas (trois par jour) ou un à chaque repas et un dans l'intervalle de chacun d'eux.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — Réouverture des cours cliniques de gynécologie du Dr Jules Chéron.

II. — Supériorité de l'hystérectomie partielle sur l'hystérectomie totale dans le cancer du col de l'utérus.

I. — Après quatre mois de vacances, pendant lesquels j'ai eu l'honneur de le suppléer, le savant Rédacteur en chef de ce journal a repris ses leçons hebdomadaires de gynécologie, le lundi 5 novembre 1888, à sa Clinique de la rue de Savoie. De nombreux médecins français et étrangers et quelques étudiants en médecine étaient venus pour entendre la parole du maître dont l'enseignement toujours si élevé, si clair et si clinique en même temps, sait rendre attrayants les problèmes les plus difficiles du traitement médical et chirurgical des maladies des femmes. Après avoir remercié son auditoire de l'accueil enthousiaste qui lui était fait, et avoir rappelé la doctrine qui sert de base à sa thérapeutique, M. Chéron a présenté les malades qui venaient consulter pour la première fois, c'est-à-dire, un cas d'endométrite fondale avec rétroversion, un cas d'épithélioma inopérable du col, un cas de polype muqueux avec endométrite cervico-utérine et double ectropion du canal cervical, etc. Pour chaque malade, l'observation est lue, l'examen pratiqué, le diagnostic

discuté et résumé en quelques mots, enfin les divers modes de traitement applicables à ce cas particulier sont exposés, pour que l'auditeur connaisse les moyens dont il dispose, en pareille circonstance, et soit à même de faire, parmi eux, un choix raisonné. Comme, en gynécologie, les cas sont presque toujours complexes, le grand attrait des leçons du Dr Chéron réside, à mon avis, dans l'habileté avec laquelle il sait faire la pathogénie des lésions observées, démontrer quelle est la lésion primitive, dont il faut se rendre maître tout d'abord, quelles sont les lésions secondaires et accessoires qu'il ne faudra combattre que plus tard et lorsque la lésion principale aura disparu. Les traités théoriques de maladies des femmes ne peuvent que préparer les lecteurs à écouter avec fruit un cours clinique ; ils sont bien insuffisants pour faire des praticiens, et seules les leçons cliniques sont capables de remplir ce résultat en habituant l'esprit à débrouiller les cas les plus complexes et en montrant la voie à suivre pour instituer une thérapeutique efficace et exempte de dangers. Aussi pourrais-je résumer ce que je viens de dire, par ces deux mots : « On fait de la *vraie* clinique, rue de Savoie. » Tel est le secret du succès des cours de gynécologie de mon savant maître, et ce succès est des plus légitimes et des plus mérités.

II. — Nous avons eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'indiquer dans ce journal, comment nous comprenons le traitement du cancer utérin. Nous pouvons laisser de côté le cancer primitif du corps (adénome malin, sarcome) qui est très rare relativement et pour lequel, au dire d'Hégar et Kaltenbach, le râclage, répété au besoin trois à quatre fois de suite, représente un moyen non seulement palliatif, mais encore curatif. Le cancer du col, qui est le plus souvent de l'épithélioma, débute sur la muqueuse du canal cervical et se développe ordinairement sur des ectropions du col non suffisamment soignés. De là, pour mon savant maître, le Dr Chéron, pour Breisky, pour Schultze, pour Schrœder, etc., la nécessité de ne jamais laisser persister ces ectropions, surtout chez les personnes qui sont héréditairement prédisposées au cancer. C'est la règle prophylactique la plus importante à retenir. Que si

cependant le cancer s'est implanté sur le col, aussitôt que le diagnostic peut être porté, avant que le tissu cellulaire péri-utérin, avant que les culs-de-sac vaginaux, avant que le corps soient envahis, il faut agir sans tarder et il suffit de pratiquer l'amputation du col. Cette opération bénigne met, d'après ce que nous savions jusqu'ici, aussi bien à l'abri des récidives que l'hystérectomie totale. Dans les cancers anciens, ne remplissant pas les conditions dont je viens de parler, mieux vaut se contenter du traitement palliatif : râclage, injections parenchymateuses de thuya occidentalis, attouchements à la résorcine, injections perchlorurées prolongées, thuya à l'intérieur, transfusions hypodermiques de sels de soude et d'eau phéniquée, etc., etc. Donc, prévenir le cancer, tel est le premier point ; le diagnostiquer au début de façon à pouvoir faire à temps l'amputation du col (sous-vaginale et au besoin sus-vaginale), tel est le second point, le progrès dans le traitement des cancers en général se trouvant bien plus certainement dans le diagnostic précoce que dans les modifications des procédés opératoires anciennement connus. Plus tard, se contenter des traitements palliatifs plutôt que d'essayer des opérations forcément incomplètes (c'est-à-dire destinées à donner un coup de fouet à la maladie) et forcément très dangereuses.

Ces réflexions me sont suggérées par la lecture de la récente discussion de la Société de chirurgie sur le traitement du cancer de l'utérus. J'avais eu d'abord l'intention d'analyser minutieusement un remarquable article de M. Reclus (1) sur ce sujet ; mais j'ai pensé qu'il vaudrait mieux le reproduire *in extenso* pour les lecteurs de ce journal. Il a été décidé que nous le ferions paraître dans un de nos prochains numéros, aussi je me contenterai d'appeler l'attention de nos abonnés sur les points suivants : La mortalité toujours élevée de l'hystérectomie totale, même entre les mains des chirurgiens qui la pratiquent depuis longtemps ; cette mortalité varie de 16 à 23 % et ne semble pas pouvoir être beaucoup diminuée. Les résultats, quant à la récidive, sont inférieurs à ceux de l'hystérectomie partielle. On fait une erreur de

(1) De l'hystérectomie totale ou partielle dans les cancers limités du col de la matrice. *Gaz. hebd. de med. et de chir.*, 2 nov. 1888.

raisonnement en comparant l'hystérectomie totale à l'extirpation large des cancers du sein, car, si on enlève bien la matrice on laisse les traînées cellulaires des ligaments larges, avec les lymphatiques et les ganglions qu'elles enveloppent. C'est, dit M. Chéron, une opération du sein incomplète. Au point de vue théorique, aussi bien qu'au point de vue pratique, on voit donc que l'hystérectomie partielle reste le procédé de choix, en dépit des efforts qui ont été faits, dans ces dernières années, par les chirurgiens de tous les pays ; les espérances qu'ils avaient conçues doivent malheureusement être rangées parmi les illusions et définitivement abandonnées, au nom du bon sens et au nom des faits.

Jules BATUAUD.

DU TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

par l'intermittence du courant continu,

Par le docteur R. FAUQUEZ, médecin adjoint de Saint-Lazare.

—

La question du traitement des fibrômes utérins est à l'ordre du jour un peu partout, mais particulièrement en France et à Paris, où la Société de chirurgie voit se succéder de nombreuses communications tendant à préconiser les opérations chirurgicales : *hystérectomie vaginale*, *hystérectomie abdominale*, *castration*, comme moyen de traitement radical des fibrômes utérins.

Dans toutes ces communications, où est signalée cependant la fréquence des cas inopérables, il n'est aucunement question du traitement médical applicable à ces cas. Il semble que, en dehors de l'opération, il n'y ait rien à tenter en faveur des pauvres malades et qu'il faille les condamner à mourir, épuisées par les hémorrhagies ou à vivre dans un état d'anémie, de débilité et d'impotence tel que la vie, dans ces conditions, est plutôt pour elles une charge qu'un bienfait. Elles attendent avec résignation l'arrivée de *l'âge critique*, de l'époque de la cessation de la menstruation qui doit mettre fin à tous leurs maux et, lorsqu'elles ont

enfin pu y parvenir, quand elles n'ont pas succombé avant, leurs espérances sont le plus souvent déçues.

Et, cependant, les cas inopérables sont nombreux, extrêmement nombreux même.

M. Bouilly, dans la séance de la Société de chirurgie du 16 mai dernier, avoue que les indications de la castration sont rares. Il déclare que, sur 200 fibrômes, il n'a trouvé l'indication d'opérer que 8 fois.

L'hystérectomie abdominale qu'on pratique aujourd'hui avec des succès croissants, grâce à l'habileté des chirurgiens, grâce aux améliorations apportées chaque jour dans l'instrumentation et dans les procédés opératoires, grâce surtout aux perfectionnements constants des moyens antiseptiques, est une opération dont on use largement, trop largement peut-être, dans le traitement des fibrômes utérins,car elle est très meurtrière.

Les statistiques sont, surtout en ce qui concerne les tumeurs volumineuses, très mauvaises.

Cette mortalité s'explique sans doute par diverses causes, par la durée parfois excessive des opérations résultant des difficultés de toutes sortes qui peuvent survenir, par les adhérences péritonéales et viscérales, par le choc opératoire, etc..

Thomas Keith, d'Edimbourg, s'exprime ainsi, dans le *British medical Journal* du 10 décembre 1887, à propos de la statistique de l'hystérectomie abdominale (Extrait du *Journal des connaissances médicales*, 2 février 1888) :

« Je dois déclarer ici, de propos délibéré, que l'hystérectomie abdominale est une opération qui a fait plus de mal que de bien, et que sa mortalité est hors de toute proportion avec les bénéfices qu'en retirent un petit nombre de malades. Quelle est, en effet, la mortalité moyenne, pour tous les chirurgiens, de cette opération que l'on pratique maintenant si souvent et si inutilement ? Nous ne la connaîtrons jamais ; mais j'estime quelle est au moins de 25 pour 100, car elle doit être probablement beaucoup plus élevée. Si je me trompe, que mes contradicteurs me le prouvent en donnant comme moi leur statistique intégrale. Ainsi donc, une femme sur quatre, opérée d'hystérectomie,meurt du fait de l'ablation

d'une tumeur qui, rarement, abrège par elle-même l'existence et qui a un processus actif limité ; aussi je déclare que nous n'avons pas le droit de faire courir à une malade un péril aussi grave, comme on le fait tous les jours, et il est triste de voir, dans la chirurgie abdominale, qu'on jette aujourd'hui par-dessus bord toute responsabilité. »

Au dernier Congrès de chirurgie, M. Terrillon citait 16 opérations d'hystérectomie abdominale qu'il avait pratiquées pour des fibrômes volumineux compromettant la vie des malades et sur lesquelles il avait eu 5 morts.

La raison péremptoire, le cas de force majeure que mettent en avant les chirurgiens pour justifier l'intervention chirurgicale, hystérectomie ou castration, dans le traitement des fibrômes utérins, est toujours la vie compromise des malades. Je citerai plus loin, dans les observations qui suivent, un cas dans lequel, il y a deux ans, la vie de la malade était compromise à tel point que des sommités médicales et chirurgicales qui, du reste, après avoir constaté l'impossibilité d'une opération, n'avaient trouvé à lui conseiller que la résignation et des toniques, lui avaient défendu de quitter son lit ou sa chaise longue et de chercher à se lever et à marcher sous peine de courir les risques d'une syncope mortelle. La malade non opérée et traitée électriquement n'en est pas moins, aujourd'hui, alerte et pleine de vie. Ses époques sont devenues régulières et normales et son fibrôme a considérablement diminué de volume.

Des chirurgiens, redoutant les difficultés et les dangers de l'hystérectomie, ont eu recours à l'ablation des ovaires imaginée par Battey pour remédier à des dysménorrhées nerveuses ou obstructives. Cette opération a, d'après eux, l'avantage de faire cesser les hémorrhagies et de diminuer notablement le volume des tumeurs en supprimant l'activité ovarienne et en provoquant une ménopause anticipée.

Hégar, Fehling, Lawson Tait ont publié des relations nombreuses de castrations appliquées au traitement des fibrômes utérins et des métrorrhagies graves. Terrillon, en 1885, a donné, à la Société de chirurgie, la relation de deux opérations de castration

pour fibrômes utérins dont l'une suivie de mort. Depuis, de nombreuses observations ont été publiées et, dans le courant des derniers mois, à la Société de chirurgie, la question a été l'objet de nouvelles communications. MM. Terrillon, Segond, Terrier, Bouilly ont cité des cas où ils avaient pratiqué la castration pour arrêter des hémorrhagies graves. Ils la considèrent comme une opération facile et peu dangereuse.

M. Tillaux, moins enthousiaste, reconnait que l'ablation des ovaires, comme celle de l'utérus, est une opération sérieuse qui ne doit être appliquée qu'aux cas bien déterminés, et avec une indication formelle.

Bien souvent, en effet, une tumeur fibreuse se développe, évolue rapidement, mais sourdement, sans métrorrhagies et sans symptômes inquiétants. Ces derniers, ainsi que les métrorrhagies, n'apparaissent que lorsque la tumeur est déjà au-dessus de l'ombilic et remplit une partie de la cavité abdominale. Dans ces cas, il est trop tard pour pratiquer la castration ovarienne. Les ovaires méconnaissables, englobés dans des adhérences, sont presque introuvables et il est difficile ou même impossible d'en faire l'ablation totale, et cependant cette ablation totale est indispensable, car, s'il reste quelques débris d'ovaires, les hémorrhagies persistent et la tumeur ne subit aucune réduction. On s'exposerait, dans ces conditions, à faire une opération susceptible de causer la mort, sans obtenir de résultat.

La castration, même dans les cas où elle trouve son indication bien nette, c'est-à-dire dans les cas où les tumeurs fibreuses ne sont pas trop volumineuses et où les ovaires peuvent être facilement atteints et extirpés, est-elle une opération sur la réussite de laquelle on puisse compter d'une manière absolue ? Si je comprends que les symptômes douloureux de la dysménorrhée nerveuse des hystéro-épileptiques ou de la dysménorrhée obstructive due à l'absence complète de l'utérus et du vagin, avec persistance des ovaires, à un arrêt de développement de l'utérus, à une atrésie vaginale ou à des obstructions cicatricielles du col, puissent disparaître à la suite de l'ablation des ovaires, je m'explique moins bien comment cette opération peut produire la di-

minution de volume de la tumeur et l'arrêt des hémorrhagies qui se manifestent en dehors de l'époque menstruelle. On voit tous les jours la ménopause exagérer au lieu de diminuer les affections utérines préexistantes non soignées, donner une poussée rapide à l'accroissement des corps fibreux et augmenter les métrorrhagies traitées d'une façon insuffisante. Ce sont des faits incontestables. Comment admettre alors que la ménopause artificielle ou anticipée puisse exercer une influence que la ménopause naturelle ne possède pas ? Il faudrait une série d'observations concluantes plus nombreuses que celles que possède actuellement la chirurgie pour me faire accepter sans réserve le danger auquel expose la castration.

A l'exception des cas où, par suite d'un développement subit d'une tumeur fibreuse latente, ignorée ou négligée, l'hystérectomie abdominale serait imposée comme une opération d'absolue nécessité, pour remédier à des hémorrhagies considérables ou à des phénomènes de compression des organes abdominaux mettant la vie des malades en danger immédiat et ne permettant pas de différer une intervention chirurgicale, tous les autres cas qui d'après les chirurgiens sont justiciables de l'hystérectomie ou de la castration peuvent être traités avec succès sans opération. A cette série de cas, il faut ajouter la quantité considérable de ceux qui, reconnus inopérables, sont abandonnés, ou pour lesquels on épuise les ressources d'une thérapeutique insuffisante, comptant sur la ménopause pour amener la fin des hémorrhagies et la réduction de la tumeur.

Il existe, en dehors de l'action insuffisante des médicaments employés contre les fibrômes utérins, parmi lesquels l'ergotine joue le plus grand rôle, en injections hypodermiques, suppositoires, etc., en dehors des opérations chirurgicales qui exposent la vie des malades, comme l'hystérectomie ou qui, moins périlleuses, sont incertaines dans leurs résultats, comme la castration, un moyen thérapeutique dont il convient d'utiliser l'action puissante, l'électricité.

Depuis quelques années, le docteur Apostoli applique l'électri-

té au traitement des fibrômes de l'utérus. Sa méthode a été l'objet de nombreuses communications faites par lui dans les Congrès médicaux et dans les Sociétés savantes. Cette application de l'électricité, qui repose sur les propriétés électrolytiques du courant, a rencontré de nombreux adhérents et s'est fait de chauds partisans en Amérique et en Angleterre, où elle est le sujet de fréquentes discussions dans un grand nombre de Sociétés savantes.

A côté des partisans de cette méthode ont surgi des adversaires déclarés parmi lesquels Lawson Tait qui, à la *British Gynœcological Society*, s'est exprimé en termes très énergiques contre ce traitement qu'il considère comme inutile, sinon dangereux.

La méthode consiste dans l'introduction, dans la cavité utérine, soit *naturellement*, soit *avec effraction, quand les voies naturelles ne sont pas perméables*, d'un hystéromètre mis en communication avec le pôle actif de la pile, pôle positif quand on veut remédier aux métrorrhagies ; pôle négatif quand on veut obtenir la régression du fibrôme et dans l'application du pôle indifférent sur l'abdomen. Le but de M. Apostoli est de mettre en œuvre l'action chimique de l'électricité élevée à sa plus haute expression médicale et il emploie, pour cela, des courants de hautes intensités, d'intensités inconnues jusqu'à présent en électricité médicale, allant jusqu'à 200 milliampères. En résumé, c'est une galvano-caustique chimique intra-utérine suffisante pour produire une cautérisation énergique que MM. Bantock, Greenhalgh et Galabin comparent à la cautérisation par le fer rouge et à laquelle ils ne reconnaissent aucune supériorité sur les autres modes de cautérisation.

En France, la méthode n'a guère rencontré de partisans. M. le docteur Danion, qui fait de l'électricité une étude spéciale, s'est élevé énergiquement contre ce mode d'application et a insisté dernièrement sur les dangers de l'emploi des hautes intensités en gynécologie, démontrant que les hautes intensités galvano-caustiques chimiques déterminent des congestions souvent violentes, fréquemment suivies d'inflammation des organes intéressés et peuvent provoquer des phénomènes inflammatoires graves et même mortels. Rien, selon lui, ne justifie la substitution des

hautes intensités aux basses et moyennes intensités qui suffisent à produire de bons effets, sans être dangereuses comme les premières.

Je partage entièrement la manière de voir du Dr Danion et je n'ai jamais, pour ma part, été tenté d'appliquer la méthode du Dr Apostoli. L'introduction de l'hystéromètre excitateur, *de gré ou de force*, dans l'utérus, un organe que mes études et ma pratique en gynécologie m'ont appris à traiter avec la plus grande circonspection, l'emploi de hautes intensités, telles que 200 milliampères, intensités que la faible résistance des organes pelviens permet seule d'employer, n'ont rien qui puisse me séduire, quand j'ai à ma disposition une méthode sûre, je puis aller jusqu'à dire infaillible, exempte de dangers, que j'ai pu apprécier par une expérience de plus de dix années, la *méthode des intermittences rythmées du courant continu*.

La méthode du traitement des fibrômes utérins par les intermittences du courant continu a été créée par Jules Chéron, le savant médecin de Saint-Lazare, il y a douze ans environ. Son élève, son chef de clinique, son interne à Saint-Lazare et, plus tard, son collègue dans cet hôpital, j'ai pu constater par moi-même, dans une quantité considérable de cas, la puissance de ce moyen thérapeutique appliqué aux tumeurs fibreuses de l'utérus. ses résultats constamment favorables et son innocuité dont je donnerai une preuve éclatante dans une des observations qui suivent.

Elle est peu appliquée, car elle exige une installation dont beaucoup de médecins, même de ceux qui se donnent à la spécialité des affections utérines, ne veulent pas se charger. Elle est probablement peu connue du monde médical officiel, car elle n'a pas connu les congrès, ni les sociétés savantes, elle n'a pas été l'objet des communications à l'Académie de médecine et, en dehors de ce qui a pu en être dit dans les leçons professées à la clinique de la rue de Savoie, elle n'a été l'objet que d'une seule publication, un mémoire de l'auteur de la méthode paru en 1879 dans la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* (tome 1er, page 20) et dans la *Gazette des hôpitaux*.

Les premières applications que Jules Chéron fit de l'électricité au traitement des tumeurs fibreuses datent de 1868. Il employa le courant continu fourni pour 22 éléments *Remack* dans quatre cas de fibrômes qu'il suivit pendant plusieurs mois avec le plus grand soin et la plus grande régularité. Chez ces quatre malades, il n'obtint aucune diminution de volume de la tumeur. Il y eut plutôt augmentation des métrorrhagies. Il les vit même survenir chez une malade qui n'en avait jamais eu jusqu'alors.

L'avortement de cette tentative n'avait rien qui pût étonner ; il était dans l'ordre normal des choses.

Les expériences d'Onimus et Legros ont démontré que le courant continu augmente la circulation de la région sur laquelle on l'applique. Augmentant la circulation de la tumeur fibreuse, il augmentait sa nutrition, et, par conséquent, favorisait l'accroissement de son volume. Aussi n'ai-je jamais pu comprendre la méthode du traitement des fibro-myomes utérins par l'action *électro-atrophique* des courants continus exposée par le Dr Aimé Martin, dans un mémoire qu'il a publié, dans les *Annales de Gynécologie*, en 1879.

Je n'ai jamais pu saisir comment l'action essentiellement hypertrophique du courant continu pouvait se transformer à volonté en une action atrophique, ni comment ce même courant, employé avec succès pour combattre l'atrophie musculaire, pouvait devenir tout à coup, à l'égard des tumeurs fibreuses, un agent atrophique.

Les résultats négatifs constants de cette méthode l'ont, du reste, fait abandonner complètement.

Devant l'insuccès de l'application du courant continu, Jules Chéron tenta l'emploi des courants induits vulgarisés par Duchesne (de Boulogne) et appliqués par quelques électriciens au traitement des tumeurs ganglionnaires. Mais les courants induits étaient trop douloureux et provoquaient un agacement du système nerveux qui les rendit trop difficiles à supporter, malgré que les intermittences du courant induit fussent espacées.

C'est alors qu'il commença ses expériences sur l'emploi des in-

termittences du courant continu établies par un régulateur automatique.

Il est indispensable de ne pas confondre l'intermittence avec l'interruption du courant continu dont l'effet est tout différent.

L'interruption du courant continu est représentée par la rupture brusque, instantanée et régulière du circuit galvanique, tandis que l'intermittence est représentée par la fermeture suivie d'une rupture instantanée du circuit, à intervalles réguliers, d'une durée presque inappréciable.

Afin d'avoir un choc puissant, le courant doit être fourni par un grand nombre d'éléments à action chimique énergique, associés en tension. Cette combinaison permet d'avoir une force électrique considérable dont l'action chimique est atténuée par un rhéostat.

L'application de cette méthode d'électrisation se fait de la façon suivante : On introduit, dans le canal cervical ou même dans le cul-de-sac postérieur, lorsque ce canal est atteint de rétrécissement ou n'est pas assez largement ouvert, ou encore lorsque le col n'est pas en position pour permettre une introduction facile, une électrode formée d'une tige métallique en cuivre ou en platine, garnie d'un corps isolant, excepté à ses deux extrémités dont l'une, celle qui est destinée à être introduite dans le col ou dans le cul-de-sac, est renflée en forme de cylindre plein. Cette extrémité interne est recouverte d'un linge fin, ou de coton absorbant, afin d'atténuer l'action chimique qui se produirait au contact du cuivre sur la muqueuse.

On doit avoir soin de plonger dans de l'eau chaude cette extrémité interne de l'électrode pour faciliter le passage du courant.

L'extrémité externe ou libre est reliée par un fil conducteur au pôle positif de la pile.

L'électrode représentant le pôle négatif est appliquée sur la paroi abdominale, au niveau de la tumeur. Elle doit être à large surface et formée d'une substance bonne conductrice, de façon à ce que sa résistance soit réduite au minimum. C'est ainsi que l'action spéciale au pôle négatif sera neutralisée et l'effet douloureux évité.

On peut employer, comme électrode abdominale, une plaque formée d'une feuille de plomb ou d'étain flexible, perforée de trous à égale distance les uns des autres, recouverte d'une couche d'amadou et d'une peau de daim ou de chamois. Cette électrode doit être également imbibée d'eau chaude.

Les électrodes ainsi mises en place, on met en mouvement l'appareil régulateur des intermittences et on intercale dans le circuit autant d'éléments qu'il en faut pour obtenir un choc puissant. Ce nombre d'éléments varie suivant la situation et le volume de la tumeur. Il faut évidemment une force électrique plus considérable pour ébranler violemment une tumeur très volumineuse que pour une tumeur de moyen ou de petit volume. Les intermittences devront être réglées à intervalle d'une seconde environ.

L'appareil régulateur des intermittences se compose d'un mouvement d'horlogerie qui met en mouvement un balancier horizontal terminé à chacune de ses extrémités par une pointe métallique. Ces pointes plongent alternativement dans une petite cuve à mercure.

Un des fils conducteurs de la pile aboutit au balancier, reprend ensuite au fond de la cuve à mercure, de sorte que, lorsque les électrodes sont en place, l'une dans le col de l'utérus ou dans le cul-de-sac postérieur, l'autre sur l'abdomen, le contact de la pointe métallique avec le mercure ferme le circuit et établit le courant. Comme ce contact n'a lieu qu'à chaque mouvement du balancier, le passage du courant est intermittent et instantané.

En ayant soin de régler l'instrument de façon à ce que la pointe métallique ne fasse qu'effleurer le mercure, on obtient un choc d'une brièveté extrême et dont la durée est, pour ainsi dire, inappréciable.

Sur le trajet de l'autre fil conducteur, on intercale un rhéostat gradué qui permet de diminuer la puissance chimique du courant et l'on a ainsi des secousses violentes absolument indolores.

Sous l'influence du choc produit par l'intermittence, les parois

de l'abdomen et des parties situées profondément se contractent violemment. L'utérus et le fibrôme placés entre les deux électrodes sont littéralement traversés par le courant galvanique et subissent une sorte d'expression résultant de la contractilité des fibres musculaires qui entrent dans leur texture.

Chéron a constaté, par des expériences sur des fibrômes, faites aussitôt après leur ablation, et sur des animaux, que l'intermittence du courant continu produisait des contractions énergiques, tandis que le courant induit ne provoquait que de faibles contractions et diminuait promptement la propriété contractile des fibres lisses de l'utérus.

La contraction des fibres lisses s'étend aux fibres des parois vasculaires et cette contraction jointe à la compression exercée par les parois de l'utérus et par le corps de la tumeur diminue le calibre des vaisseaux et, par conséquent, l'apport du sang.

Grâce à cette diminution de la quantité du sang en circulation dans l'utérus et dans le fibrôme, la congestion disparait et les hémorrhagies cessent peu à peu.

Le massage périphérique résultant de la contraction des muscles des parois abdominales et du bassin, joint au massage interstitiel produit directement par les intermittences dégorge l'utérus en provoquant une sorte d'expression des systèmes sanguins et lymphatiques et en empêchant les liquides de s'y accumuler.

Ces deux causes, massage d'une part, diminution de l'apport du sang, d'autre part, provoquent la dénutrition et l'atrophie par dégénérescence graisseuse du fibrôme et produisent, par conséquent, une réduction notable de la tumeur.

Cette réduction peut être telle que, d'un fibrôme d'un volume considérable, il ne reste qu'une petite tumeur difficilement appréciable par la palpation abdominale. Quant à la disparition complète du fibrôme, il n'y faut pas compter. Elle est impossible, certains éléments, tels que les fibres musculaires, les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques peuvent subir la dégénérescence graisseuse, mais le tissu conjonctif qui entre pour une part sérieuse dans la texture du corps fibreux, ne disparait pas ; il prolifère au contraire et favorise, par sa prolifération, l'a-

trophie des autres éléments. Il se fait donc une simple condensation du fibrôme.

Les avantages de cette méthode des intermittences du courant continu, arrêt des hémorrhagies et diminution notable du volume des tumeurs, sont suffisants pour mériter de fixer l'attention des praticiens et, en particulier, des gynécologues. Depuis que j'en ai fait l'application, tant à la Clinique de la rue de Savoie que dans ma clientèle particulière, je n'ai jamais vu un insuccès, et je pourrais citer un nombre considérable d'observations démontrant que les cas soumis au traitement chirurgical, *hystérectomie* ou *castration*, peuvent être traités avec succès par l'application des intermittences du courant continu, de même que ceux pour lesquels, une opération étant jugée impossible, on se contente habituellement de moyens médicaux tout à fait insuffisants. Je vais relater les observations de trois cas types démontrant et prouvant :

1° Que, dans les cas de tumeurs extrêmement volumineuses, rendant tout traitement chirurgical impossible, on peut obtenir un résultat des plus satisfaisants par l'application des intermittences du courant continu.

2° Que, dans les cas, pour ainsi dire désespérés où les malades en proie à une anémie profonde, sont jugées par les médecins et les chirurgiens incapables de supporter une opération, la méthode des intermittences du courant continu peut donner des résultats inespérés et ramener les malades à la santé.

3° Que, dans les cas où la situation et le volume du fibrôme permettent d'affirmer, en cas de grossesse, l'impossibilité de l'accouchement à terme et, par conséquent, la nécessité d'un avortement provoqué, le traitement par les intermittences du courant continu peut tellement modifier l'état de la malade que l'accouchement à terme devient possible, et cela, dans les conditions les plus normales.

(*A suivre.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES OVARITES SUPPURÉES

(Pathogénie — Marche — Traitement)

Par M. le Dr L. Grall.

—

I. *Considérations anatomiques.* — Sans entrer dans de longs détails sur l'anatomie de ces organes si importants de la femme que Meckel désignait sous le terme si expressif « d'ateliers de la génération », nous désirons cependant, pour la clarté du sujet, indiquer certaines particularités qui éclaireront beaucoup la pathogénie et la marche de l'affection que nous nous proposons d'étudier.

Les ovaires, au nombre de deux, sont situés de chaque côtéde l'utérus, dans l'aileron postérieur des ligaments larges.

D'après Waldeyer, l'ovaire est libre dans la cavité péritonéale ; sa surface n'est pas recouverte par le péritoine, mais cependant la séreuse ne s'arrête pas au niveau du point précis où commence l'ovaire, elle recouvre une petite portion du hile.

On dit que les ovaires sont libres dans la cavité pelvienne ; mais leur mobilité est limitée par de nombreux ligaments ; par les ligaments larges d'abord, par le ligament de l'ovaire, cordon plein, qui relie cet organe à l'utérus, et par celui de la trompe qui le rattache à l'extrémité frangée de ce canal.

L'ovaire est donc étroitement uni à la trompe (fibre du ligament rond postérieur, fibre du ligament ovarien) ; et même, sur le ligament tubo-ovarien, est fixée par sa face péritonéale la frange ovarique creusée d'un sillon (Deville), qui va s'attacher à l'ovaire.

Ces liens étroits nous expliquent la facilité avec laquelle le processus inflammatoire va de l'ovaire à la trompe et réciproquement. Sous des influences physiologiques ou pathologiques, ces moyens de fixité des ovaires sont susceptibles de se modifier.

Dans l'ovarite, ces organes tombent par leur propre poids dans le fond de la cavité du petit bassin et contractent là des adhéren-

ces qui troubleront plus tard leurs fonctions et pourront devenir cause de stérilité.

L'ovaire se déplace encore pendant la grossesse ; mais il revient ensuite à son siège primitif.

Il peut enfin dévier de sa situation normale, soit parce qu'il se hernie en passant par l'une des ouvertures naturelles, soit parce qu'il est poussé dans un sens ou dans l'autre par le développement d'une tumeur dans son voisinage.

Il est probable que dans l'effort, surtout lorsque les ligaments présentent un certain degré de laxité, les ovaires, pressés par la masse intestinale, subissent un changement de situation qui tend à les rapprocher de la paroi inférieure du petit bassin.

Rapports immédiats. — On peut dire que la portion libre de l'ovaire est entourée par l'intestin grêle de tous côtés ; la face antéro-supérieure est en rapport avec l'aileron moyen, la trompe et les circonvolutions intestinales.

Le bord convexe, libre, la face postéro-inférieure, répondent également à des circonvolutions.

Le bord rectiligne adhérent est en rapport avec les vaisseaux et les fibres musculaires qu'il reçoit.

Rapports médiats. — Médiatement, l'ovaire répond en avant à la paroi antérieure de l'excavation pelvienne et par suite de l'orientation asymétrique de l'utérus (Kraüse), l'ovaire droit se trouve sur un plan un peu postérieur à celui du côté gauche.

En arrière, l'ovaire est séparé de l'articulation sacro-iliaque par un espace d'environ deux centimètres. Kraüse décrit à ce niveau une facette ovarique située à un centimètre au-dessous du détroit supérieur et limitée en bas par le bord du muscle pyramidal, en haut par les branches postérieures des vaisseaux hypogastriques, qui la séparent du bord interne du psoas.

Nous ne saurions trop insister sur ces rapports médiats des ovaires avec le psoas, qui agissant comme un muscle fléchisseur de la cuisse sur le bassin, peut déterminer à la longue la compression et l'inflammation de ces organes si importants du petit bassin.

Nous discuterons d'ailleurs ce point de physiologie à l'article de la pathogénie.

PATHOGÉNIE DES OVARITES SUPPURÉES.

Nombreuses sont les causes qui peuvent déterminer la suppuration des ovaires.

Nous n'entendons pas parler seulement de la suppuration diffuse, mais nous englobons sous notre dénomination toute formation de pus, quelle qu'en soit la quantité.

L'ovarite suppurée ne dérive pas fatalement de l'ovarite aiguë; nous rappelons que toute collection purulente enkystée de l'ovaire ne saurait traduire nécessairement une ovarite, et bon nombre de ces collections, les plus volumineuses surtout, doivent être rapportées à des kystes dans lesquels la suppuration s'est produite secondairement.

Notre cadre étant ainsi tracé, nous devons diviser les causes en prédisposantes et déterminantes.

Les causes prédisposantes sont toutes celles qui favorisent la congestion des ovaires et sont analogues par conséquent à celles qui influent sur l'éclosion des ovarites simples.

Causes prédisposantes. — Age : Il est de toute évidence qu'une prédisposition à l'hyperhémie ovarienne est créée de toutes pièces par l'époque de l'activité sexuelle. C'est dans tout l'épanouissement de la puberté, de 15 à 35 ans, que nous observerons le plus d'ovarites.

L'ovaire se congestionne pendant la menstruation ; c'est ce qu'avait déjà reconnu Lecot (1), lorsqu'il disait que la menstruation est une espèce de phlogose voluptueuse et en quelque sorte hémorrhoïdale. La ponte ovarienne s'accomplit plus ou moins chez la femme, et si elle se trouve dans l'état de *locus minoris resistentiæ*, elle peut assister à l'évolution d'une inflammation franchement aiguë de l'ovaire, qui, sous l'influence de causes diverses, peut conduire à la suppuration.

Car, ainsi que le dit Chéreau (2): « Le travail propre à l'élimi-

(1) Nouveau système sur la cause de l'écoulement périodique.

(2) Mém. pour servir à l'étude des maladies de l'ovaire. Paris 1884.

nation de l'œuf éprouvera alors des obstacles, la surexcitation qui en résultera engorgera l'organe, et alors pourraient se développer des phénomènes franchement inflammatoires. »

Tempérament, diathèses. — Ces deux causes ne sont pas de minime importance et peuvent, pour une large part, préparer le terrain aux ovarites. On a décrit, non sans raison, le tempérament ovarien qui est l'apanage des nerveuses et des faibles. Ces organismes débilités sont des lieux d'élection pour l'explosion d'accidents morbides du côté des ovaires. Gallard l'a bien entrevu, puisqu'il s'exprime ainsi dans une de ses cliniques: « Vous voyez une cause prédisposante, déprimante qui agit en amoindrissant la force de résistance de l'organisme. Ici, c'est la phthisie ; dans un autre cas, ce pourra être une autre diathèse ou de la chlorose, ou le défaut d'alimentation, ou une habitation insalubre, ou tout autre mauvaise condition hygiénique affaiblissant la femme, et parmi ces causes de débilitation qui prédisposent à l'ovarite, il ne faut pas oublier les fatigues auxquelles s'exposent les femmes du monde par leurs veilles prolongées, lesquelles peuvent agir à la fois et comme cause prédisposante ou débilitante et comme cause déterminante. »

Les femmes à tempérament ovarien peuvent être impressionnées par toutes les excitations génitales qui déterminent une congestion vers les organes du petit bassin.

Nanche insiste sur ce que ce sont les femmes jeunes, sanguines, douées de passions vives, qui sont atteintes des accidents de l'ovarite.

L'onanisme et ses abus sont éminemment propres à la provoquer et à l'entretenir.

Martin-Solon prétend que chez certaines femmes la privation des excitations sexuelles peut aussi provoquer ce processus inflammatoire.

A l'appui de cette assertion, Binninger rapporte un cas d'ovarite, recueilli chez une courtisane, qui fut subitement arrachée à ses rapports sexuels de tous les instants.

Aran est aussi d'avis d'incriminer beaucoup la continence absolue chez les femmes.

La manière de vivre et la constitution des sujets offrent donc pour la pathogénie un intérêt particulier.

L'état anatomique et physiologique des ovaires peut aussi entrer en ligne de compte.

« Scanzoni prétend que lorsque des ovaires sont situés trop profondément, la difficulté qu'ils éprouvent à éclore peut déterminer une ovarite, par l'exagération de la congestion ovarienne qu'elle y provoque, et la prolongation qu'elle lui impose. »

Une autre opinion émise par Chéreau est que l'ovarite peut résulter de l'adhérence anormale du follicule à la capsule de Graaf.

La dyspareunie de Barnes, ou l'obstacle au rapprochement sexuel, doit aussi être envisagée. Quand le coït est tenté et non consommé, il semble que l'excitation portée en ce cas sur les organes génitaux externes suffit à déterminer l'afflux ovarique, et un état congestif consécutif.

Profession. — Cette influence n'est pas à contester, car dans les nombreuses observations que nous avons parcourues, il s'agit de femmes exerçant une profession pénible. Le métier que nous sommes conduit à incriminer le plus, c'est celui de piqueuse à la machine.

Cette action néfaste sur les organes génitaux de la femme a été mise d'abord en lumière par M. Guibout qui lui a attribué la rachialgie, la chlorose et même la nymphomanie.

Gallard, dans son traité des maladies des femmes, est longuement revenu sur la question. Il accuse surtout la machine à deux pédales, dont l'effet, d'après lui, serait analogue à celui que produit la masturbation.

C'est en effet, comme il le fait remarquer, en sollicitant une congestion permanente du système génital que l'usage des machines à coudre exerce ses effets morbides les plus fâcheux et les moins contestés.

M. Lespinasse, qui, dans un travail récent, a fait des réflexions intéressantes sur ce point, a bien voulu nous communiquer quelques renseignements complémentaires.

D'après lui, une cause anatomique doit être aussi invoquée :

c'est l'action du muscle psoas, qui agit très activement pour faire courir la pédale dans le petit bassin ; ce muscle affecte des rapports médiats très importants avec l'ovaire, comme nous l'avons signalé au chapitre de l'anatomie. Dans la flexion de la cuisse sur le bassin, cet organe serait comprimé, et de ce travail mécanique incessant résulterait l'hyperhémie ovarienne. C'est là un point très intéressant dans la physiologie pathologique de l'ovaire qui a été aussi mis en lumière par M. Tisné, sous-bibliothécaire à la Faculté, au sujet de l'action du vélocipède sur les organes génitaux de la femme.

De nombreux faits pourraient être cités à l'appui de ces théories. Dans une observation du Dr Boursier, de Creil, deux femmes, à la suite de l'usage prolongé d'une machine à coudre, avaient été atteintes, l'une de métrite, l'autre de kyste de l'ovaire très rapidement développé.

Dans le travail de M. Lespinasse, nous trouvons plusieurs cas d'affections ovariennes, où, dans les antécédents, figure en tête le surmenage à la machine.

Témoin l'observation d'Alice B..., nullipare et non tuberculeuse, atteinte d'ovarite suppurée double, et surmenée dès l'enfance par le travail à la machine.

A côté de l'influence exercée par le surmenage professionnel, nous pouvons placer tous les traumatismes, car le travail à la machine est une sorte de traumatisme lent, mais sûr.

Tous les coups ou les pressions violentes exercées vers la fosse iliaque sont susceptibles de provoquer l'inflammation de l'ovaire.

Velpeau a surtout insisté sur cette étiologie.

Une chute sur le siège ou sur les membres inférieurs peut encore y donner lieu, ainsi que le remarque H. Bennett.

Les déplacements de l'ovaire, ses hernies, voire même l'étranglement herniaire de l'ovaire, sont incriminés par le même auteur.

Influence de voisinage. — L'ovaire affectant des rapports étroits avec les organes les plus importants du petit bassin, toutes les inflammations ou affections d'autre nature peuvent se

propager de ces organes à l'ovaire. C'est ainsi que l'utérus, dans ses simples déplacements, a pu, quoique très rarement, causer l'ovarite.

D'après Leroy d'Etiolles, les injections intra-utérines et aussi les manœuvres imprudentes exercées pendant l'accouchement peuvent la déterminer.

Churchill aurait observé un cas dans lequel l'ovarite peut être attribuée à la pression exercée par la tête du fœtus sur l'ovaire.

Dans une communication de M. Comby (1880), nous voyons un cas de péritonite aiguë généralisée survenue à la suite de la compression de l'ovaire gauche, chez une hystérique. C'est dans une de ses crises, que la jeune fille en question, ayant subi un choc un peu violent sur l'ovaire, succomba à la péritonite et présenta à l'autopsie deux ovaires fortement congestionnés et ramollis.

En insistant sur les inflammations de l'ovaire dues à ses connexions avec les organes voisins, nous trouverions bien d'autres faits.

Il est des femmes chez lesquelles l'irritation du col de l'utérus provoque aussitôt une réaction congestive, douloureuse, et parfois même inflammatoire sur l'ovaire.

H. Bennett signale aussi la métrite du col comme une des causes de l'ovarite.

Toutefois, Astruc est d'avis que l'ovarite est plus souvent en rapport avec la métrite du corps qu'avec l'inflammation du col de l'utérus.

Certains auteurs ont trouvé à ces faits des interprétations physiologiques ; nous citerons notamment Lucas Championnière qui pense que les lymphatiques, enflammés consécutivement, transportent et étendent jusqu'à l'ovaire l'inflammation du col de l'utérus. D'autres écrivains invoquent l'influence de névralgies réflexes.

Dans certains cas d'ovarite double, on peut d'ailleurs recourir comme explication à la sympathie nerveuse.

Les affections carcinomateuses du col de l'utérus peuvent aussi s'accompagner d'ovarite. Churchill insiste sur les relations que

peut présenter l'ovarite avec le cancer. La tuberculose de l'utérus peut s'accompagner des mêmes phénomènes.

Toutes les causes nous montrent donc que l'ovaire est en connexion intime avec l'utérus.

Influence des maladies en général. — Slavjansky a fait d'abord remarquer la corrélation qui existe entre l'ovarite et les diverses pyrexies.

Nous ne parlerons pas du rhumatisme qui est classé par nous dans la deuxième catégorie des causes, et qui peut être regardé, il est vrai, comme cause prédisposante et déterminante.

Parmi les causes les plus banales, nous citerons les oreillons qui peuvent, rarement il est vrai, conduire les ovaires à la suppuration.

Les observations rapportées par les auteurs sont plutôt des cas de fluxions que d'inflammations vraies.

L'ovarite varioleuse est mieux prouvée et nous savons que sur sa nature de nombreuses hypothèses ont été admises ; cependant, les faits de ce genre n'abondent pas, et dans la thèse récente de Scaglia nous trouvons relatés 5 cas, dont 3 ont été vérifiés par l'autopsie.

Parmi les grandes pyrexies, le typhus est surtout susceptible de déterminer l'ovarite. Kœberlé a même cité certains cas d'ovarite folliculeuse.

Causes déterminantes. — Parmi les éléments pathogènes que nous avons déjà envisagés, certains agissent à la fois comme facteurs prédisposants et déterminants.

Toutefois, ceux que nous allons maintenant examiner nous paraissent avoir une action plus directe, et nous passerons successivement en revue, selon leur importance, la puerpéralité, la pyohémie, la tuberculose, la blennorrhagie, le rhumatisme.

Puerpéralité. — Disons tout d'abord que l'ovarite est assez rare en dehors de la puerpéralité ; toutefois, parmi les faits nouveaux que nous avons suivis, nous devons dire que nous avons trouvé des cas d'ovaro-pyo-salpingite chez des nullipares et même chez des vierges.

Il n'en est pas moins avéré, selon la juste remarque de M. le

professeur Brouardel, que la suppuration des ovaires est rare en dehors de l'infection purulente et de la puerpéralité.

Cette influence de la puerpéralité sur la production des ovarites suppurées a été d'abord mise en relief par Ant. de Jussieu en 1746, Alb. de Villers et Fontaine. D'autres hommes, illustres en obstétrique, se sont occupés de la question, notamment Aran, Hervieux, Puzos, Morgagni, etc.

Chez les nouvelles accouchées, cette affection peut être consécutive aux lésions du système lymphatique qui se produisent du côté de l'ovaire, ainsi que dans l'utérus, le péritoine, les ligaments larges. Hervieux invoque à cet égard la septicémie puerpérale ; enfin Dance, Thierry, Béhier, croient qu'il faut incriminer la phlébite ovarienne.

En tout cas, cette cause agit rapidement, car ce qui caractérise anatomiquement l'ovarite puerpérale, c'est la promptitude avec laquelle la suppuration s'établit et envahit l'organe en entier.

En trois ou quatre jours l'ovaire est purulent et la mort peut arriver dans ce court délai (Velpeau).

Sa fréquence n'est pas contestable, car si nous parcourons quelques statistiques d'épidémies de fièvre puerpérale, nous la trouvons relatée très souvent.

Sur 686 cas de Boivin et Dugès : 37 ovarites.

Sur 222 cas de Tonnelé : 58.

Sur 133 cas de Béhier : 75.

Elle est essentiellement grave et se termine assez brusquement, car ces abcès de l'ovaire s'ouvrent très souvent dans le péritoine.

Infection purulente. — Cette influence ne se manifeste pas dans les mêmes proportions qu'autrefois, car la pyohémie est en somme une rareté depuis les conquêtes de la chirurgie contemporaine.

Dans beaucoup de cas de septicémie, l'autopsie a démontré des ovaires purulents.

Cette pathogénie ne donnant lieu à aucune discussion, nous n'insisterons pas davantage à cet égard.

Tuberculose. — Chez les phthisiques, l'ovarite n'est pas très

rare, même en dehors du développement de tubercules dans les voies génitales.

Quelquefois même, alors qu'il existe seulement quelques tubercules dans les poumons, on peut trouver les bacilles caractéristiques de Koch dans le pus des ovaires.

Dans une observation de Raymond, citée dans la thèse de M. Brouardel, on peut même voir que la tuberculisation pulmonaire est une des conséquences probables de l'ovarite. M. Trélat, qui étudia le cas, prétendit que, pour lui, le point de départ de la suppuration était l'ovaire. M. Besnier fit des réserves sur la nature de l'altération ovarique : « Les deux ovaires sont rarement le siège d'une suppuration semblable. »

Le tubercule nous paraît en effet être la cause le plus souvent directe de la suppuration des ovaires.

Si nous voulions suivre l'évolution du processus pathologique, nous trouverions : d'abord des tubercules crus de l'ovaire ; ceux-ci suppurent et ne laissent subsister qu'une coque membraneuse, l'albuginée ; celle-ci enfin peut se rompre dans le péritoine.

La suppuration des ovaires, d'origine tuberculeuse, est en somme assez fréquente.

Sur 45 cas de tuberculose des organes génitaux, nous trouvons la suppuration des trompes et des ovaires 7 fois et de l'ovaire seul 4 fois.

Blennorrhagie. — Cette affection est une cause assez fréquente de suppuration des ovaires.

Dominique Panaroli paraît être le premier auteur (1652) qui ait établi une relation entre l'ovarite et la blennorrhagie. Il cite une observation d'ovarite suppurée survenant après une gonorrhœa assidua.

Hunter, Ricord, Fournier ont observé des lésions semblables. L'inflammation de l'ovaire peut être accompagnée ou même précédée de l'inflammation de la trompe.

Un auteur américain, Saenger, a publié, le 12 février 1887, une classification des ovaro-salpingites d'origine blennorrhagique, basée sur l'action des microbes pathogènes. D'après lui, les ovaro-salpingites blennorrhagiques, produites par le gonococcus de Neis-

ser, ne s'accompagnent jamais de suppuration destructive des annexes utérines. Les abcès que l'on rencontre dans les parois des trompes, dans les ligaments larges, dans les ovaires, sont dus à une infection septique, mais non blennorrhagique. La présence des gonocoques dans l'ovaro-salpingite suppurée d'origine blennorrhagique, n'est pas constante.

En laissant de côté le fait de Noeggerath (*Americ. Journ. of Obstet.* octobre 1885), où il a été trouvé dans le pus deux espèces de micro-organismes très analogues, mais non identiques aux gonocoques, seul Westermarck (*Hyg.*, janvier 1886) a pu déceler d'une façon indubitable l'existence de ces derniers dans le pus des trompes.

Ortmann en rapporte un second cas. Il s'agit d'une femme de 22 ans, contagionnée par son mari. A.Martin lui enleva avec succès les trompes et les ovaires. Le pus ne contenait d'autres micro-organismes que les gonocoques.

Mais Ortmann n'a pas réussi à en découvrir dans les tissus de l'organe même.

Pour Lawson Tait, expert en la matière, la blennorrhagie est une des causes les plus fréquentes de l'affection que nous étudions.

Cette pathogénie microbienne vient renverser les diverses théories émises autrefois sur l'ovarite blennorrhagique : celle de Mélier (1882), invoquant un simple retentissement sympathique ; celle d'Aran, Fournier, d'après laquelle la propagation de l'inflammation se fait de la muqueuse utérine à la trompe, puis au péritoine ovarique.

Rhumatisme. — A côté de ces grands facteurs, puerpéralité, tuberculose et blennorrhagie, le rhumatisme ne joue qu'un bien faible rôle.

Toutefois, l'abcès ovarien d'origine rhumatismale, n'est pas douteux, puisque, comme nous le verrons, des observations en font foi.

D'après la juste remarque de M. Gallard, le caractère rhumatismal de l'ovarite ne saurait être évident que dans les cas où elle se développe chez un sujet rhumatisant ou en coïncidence

d'autres manifestations rhumatismales, soit qu'elle les accompagne soit qu'elle les remplace.

Une remarquable observation de Copland peut beaucoup éclairer à cet égard.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, qui n'avait jamais eu de grossesse et qui était habituellement réglée tous les 15 jours. Cette femme se trouvant au troisième jour d'un rhumatisme articulaire aigu et presque au moment de ses règles, fut prise d'une ovarite double suraiguë qui guérit bientôt après le retour des règles.

Cette même femme eut plus tard un abcès de l'ovaire, lequel s'ouvrit dans le rectum, et la malade mourut dans la suite phthisique.

D'autres observations sont citées où l'étiologie n'est pas bien nette ; aussi gardons-nous de trop d'enthousiasme au sujet de cette pathogénie.

De toutes ces considérations, il ressort que les causes pouvant déterminer la suppuration des ovaires et des trompes sont aussi nombreuses que variées.

Souvent la puerpéralité ou la tuberculose sont invoquées ; ailleurs, c'est la blennorrhagie ; mais quelle explication donner lorsqu'il n'existe aucun de ces facteurs ?

Nous publions une observation récente, où il s'agit d'une jeune fille vierge et non tuberculeuse.

Peut-on ici invoquer le surmenage chez un sujet faible, et un traumatisme peu *actif*, mais incessant, sur la région ovarienne ?

C'est d'ailleurs le seul refuge ouvert à la discussion et nous croyons, pour notre part, que le surmenage, s'exerçant principalement chez une jeune fille sur la sphère génitale, peut contribuer pour une large part à l'éclosion de cette affection, s'il est aidé par diverses circonstances morbides.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 2 août 1888

M. Polaillon montre une tumeur solide de l'ovaire qu'il a récemment enlevée à une femme de 32 ans ; c'est un myxo-sarcome avec petits kystes, pesant plus de 6 kilogrammes. Le pédicule qui reliait la tumeur au ligament large était gros comme le bras et sillonné par des vaisseaux volumineux. Aussi ne crut-il pas prudent de lier avec de la soie ce pédicule même divisé, et de le rentrer ; il fut fixé au dehors au moyen de broches et lié avec un cordon de caoutchouc. La toilette du péritoine fut faite avec des éponges antiseptiques, mais sans lavages. La durée de l'opération fut d'une heure dix minutes.

A ce propos, l'auteur insiste sur les dangers du lavage du péritoine, que l'on croit devoir faire quand il s'est produit dans la cavité péritonéale un épanchement de sang ou de pus. Mais quand on dirige sur le péritoine un courant d'eau chaude, on voit la respiration se modifier. Deux fois il l'a vue s'arrêter, puis se rétablir, ce qui est dangereux ; une troisième fois, elle s'est arrêtée, et malgré la respiration artificielle, la malade n'a pu être rappelée à la vie. Il est donc certain que l'action de l'eau chaude sur le péritoine trouble la respiration, la ralentit, ou même l'arrête par syncope.

M. Polaillon ne croit pas que cette action se produise quand le liquide baigne les intestins ou les parties sous-ombilicales du péritoine, mais plutôt quand il arrive au contact du diaphragme ; c'est un effet analogue à celui d'un choc sur le creux épigastrique. Or, le liquide arrive facilement jusqu'au diaphragme dans la situation où l'on place les malades pour l'ovariotomie. Plus grande est la différence entre la température du corps et celle du liquide, plus marquée sera l'action de ce dernier. Le sommeil chloroformique prédispose peut-être à la syncope, mais il n'en est pas la seule cause, puisque ce n'est qu'au moment du contact du liquide qu'elle s'est produite.

Or, le lavage du péritoine est parfois indispensable, et, malgré ses dangers, il faudra l'employer. Il faut donc être prévenu des conditions dans lesquelles les accidents se produisent pour pouvoir prendre les précautions voulues. Elles consistent : 1° à incliner le corps de la malade de façon à ce que le bassin soit sensiblement plus bas que le thorax ; 2° à employer de l'eau ayant la température du corps, autant que possible ; 3° à surveiller avec plus de soin encore la chloroformisation au moment du lavage.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

M. Poncet fait une communication sur l'*extraction de la vessie d'une femme d'une grosse épingle fixée par sa pointe dans la paroi antérieure de la muqueuse vésicale* et insiste plus particulièrement sur le procédé personnel qu'il a dû employer.

Après l'anesthésie de la patiente, le canal fut progressivement dilaté de façon à permettre l'introduction du doigt. L'aiguille étant couchée sur la paroi antérieure et complètement immobile, on ne put la dégager ni avec le doigt ni avec des pinces et alors M. Poncet introduisit avec son doigt jalonnant le canal de l'urèthre et la vessie un petit ténotome dont la pointe mousse boutonnée fut aisément conduite sur le corps étranger. Avec la pulpe de l'index ramené en crochet vers la paroi antérieure de la vessie, que les mains d'un aide appuyées au-dessus du pubis déprimaient et immobilisaient, il en porta l'extrémité en contact avec la portion de la muqueuse qui recouvrait l'épingle, sa main droite abaissant le manche de l'instrument auquel elle imprimait un mouvement de bascule et de va-et-vient. Cette incision libératrice fut faite avec une sécurité absolue, l'index servant de guide. L'aiguille dégagée tomba alors sur le bas-fond vésical. Elle fut très aisément sortie, suivant sa longueur, avec des pinces hémostatiques ordinaires.

La tête et la tige de l'épingle étaient recouvertes d'une couche calcaire rugueuse.

M. Poncet termine sa communication en insistant sur ce fait que, chez la femme, la taille doit être rejetée, et que l'opération de choix pour les corps étrangers consiste à dilater l'urèthre. Chez

l'homme le contraire a lieu et la taille hypogastrique s'impose le plus souvent comme le meilleur procédé à employer.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

M. Bouchacourt lit une *Etude clinique sur quelques particularités de l'histoire des fibrômes ou myomes utérins*. L'hémorrhagie peut manquer parfois ; en général elle affecte la forme ménorrhagique. La quantité de sang perdu est souvent considérable. L'hémorrhagie est, en général, constituée par du sang veineux. Aujourd'hui on a compris les inconvénients qu'il y avait à opérer trop haut les fibrômes ; on a soin de les abaisser, et, par cette pratique, on déchire le tissu celluleux et les veines dont on peut facilement arrêter l'hémorrhagie au moyen de la torsion. Les fibrômes peuvent donner lieu à de la rétention d'urine. M. Bouchacourt possède trois observations de grossesse nerveuse chez des femmes atteintes de fibrômes de la partie inférieure de l'utérus. Est-ce que ces productions ne pourraient pas, grâce à leur siège, grâce à la pression qu'elles exercent sur les nerfs donner l'explication des symptômes éprouvés par les femmes qui croient à une grossesse certaine, alors qu'elles ne sont nullement enceintes ? Il faut, en général, déconseiller le mariage aux personnes atteintes de fibrômes, car, généralement, la grossesse se termine par avortement. La rétrocession des fibrômes peut être comparée au phénomène analogue que l'on observe dans l'accouchement.

M. Lacassagne se demande si les fibrômes ne pourraient pas être d'origine microbienne. Seuls les fibrômes volumineux qui siègent en avant sont capables de produire la rétention d'urine. Ces troubles dans la miction sembleraient plutôt dépendre d'un phénomène nerveux réflexe. Il croit que le mariage ne doit pas être contre-indiqué dans tous les cas de fibrômes.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

M. Princeteau montre l'utérus d'une femme de cinquante-

deux ans chez qui M. le professeur Demons a pratiqué l'hystérectomie vaginale. Cette femme était malade depuis février 1887. Son médecin ayant diagnostiqué un épithélioma utérin fit une application de pâte de Canquoin qui détermina la chute de la portion sus-vaginale du col. L'intervention fut rendue plus difficile à cause de ce fait et M. Demons dut imaginer une pince spéciale pour abaisser l'utérus. Les ligaments larges furent coupés entre deux pinces de Richelot. L'état de la malade est excellent. Sur la pièce anatomique, le col utérin est détruit et la cavité du corps occupée par une tumeur friable et volumineuse à large base insérée près l'orifice de la trompe droite.

MM. E. Daraigney et Labougle communiquent une note sur un « cas de phébolithes des veines du bulbe de l'ovaire ».

M. Arnozan. — Si ces calculs sont de formation intra-veineuse primitive, il est difficile de comprendre comment ils n'ont pas été entraînés. D'autre part, s'ils ont été retenus à l'origine par un caillot, comme le pense M. Daraignez, ce caillot lui-même a été résorbé par la paroi qui est donc venue jouer un rôle. Il serait intéressant de savoir également si les végétations du cœur ont la même constitution chimique.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD.

Séance du 8 juin 1888.

CANCER ET TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS.

Chez une femme de soixante-deux ans, atteinte de métrorrhagies graves, sans lésions du col, MM. Gaulard et Paquet avaient diagnostiqué un cancer du corps de l'utérus. Deux partis étaient à prendre, l'ablation complète ou le curage, ce fut l'hystérectomie vaginale qui fut choisie. L'opération présenta de très grandes difficultés, l'abaissement de l'utérus était impossible, même après la section du ligament large du côté gauche, ce qui était dû à la présence d'une tumeur fibreuse annexée au fond de l'utérus. Malgré le traumatisme résultant de manœuvres aussi laborieuses, les suites furent bonnes et la malade guérit rapidement.

Sur la pièce on constate un cancer qui a envahi la presque to-

talité du corps de l'utérus et une partie du col, mais en respectant le museau de tanche. A la partie supérieure et droite de l'utérus, on constate une tumeur fibreuse du volume d'une petite pomme, largement implantée sur le tissu utérin et qui devait singulièrement gêner toutes les tentatives d'abaissement ou de bascule.

SOCIÉTÉ BRITANNIQUE DE GYNÉCOLOGIE.

—

INFLUENCE DES ORGANES GÉNITAUX SUR LES APPÉTITS SEXUELS.

Dans une des dernières séances de la *Société britannique de gynécologie*, M. LAWSON-TAIT s'est occupé des effets que produisait sur l'appétit sexuel l'enlèvement des ovaires chez la femme, et l'ablation des testicules chez l'homme. On répète généralement que la privation de ces organes amène la disparition de la fonction sexuelle.

Cependant M. Tait, après de sérieuses recherches, a trouvé un homme à qui on avait enlevé les testicules, et qui, après une période de dépression, avait retrouvé le désir et la possibilité d'accomplir l'acte sexuel. Chez les femmes, l'enlèvement des annexes de l'utérus exagère dans certains cas l'appétit sexuel, ce qui est un résultat moins à souhaiter, à coup sûr, que son abolition. Ces recherches ont conduit M. Tait à s'occuper de la question à un point de vue plus pratique et en même temps plus élevé, à envisager les conséquences que pourrait avoir dans le mariage la suppression d'organes aussi essentiels que les ovaires et les testicules.

S'il n'est pas possible à un homme, privé de ses testicules, de cacher sa difformité, rien n'est au contraire, plus facile à une femme de se marier sans que son mari sache qu'elle est privée de ses annexes utérines. Cependant un mariage contracté dans de pareilles circonstances est tout à fait immoral, et ce qu'il y a de plus fort, c'est que le mari, quand il proteste, ne peut prouver la légitimité de ses protestations, s'il n'a pas l'assistance du chirurgien qui a pratiqué l'opération.

C'est là une question des plus intéressantes que les sociétés savantes devraient discuter, aujourd'hui surtout que l'ablation

des ovaires a pris de si grandes proportions. C'est, en effet, pénible pour un mari d'avoir une femme qui ne peut dire qu'elle possède un utérus ! M. Tait, cependant, a connaissance de trois jeunes femmes, privées d'utérus et d'annexes utérines, qui disent avoir parfaitement rempli leur devoir d'épouses. Néanmoins M. Tait pense pouvoir conclure que, de même qu'on ne permet aux lépreux que de se marier entre eux, de même les femmes sans ovaires ne devraient prétendre qu'à des hommes sans testicules.

M. Mansell-Moullin a déclaré à ce propos, que les croyances populaires, vraies ou fausses, sont partagées par les médecins mêmes, et que la crainte de priver la femme de son sexe est pour beaucoup dans l'hésitation qu'inspire l'opération d'ablation des annexes. Il reconnait toutefois que les faits avancés par M. Tait leur permettront d'agir plus librement dans les cas où cette opération serait jugée nécessaire.

STATISTIQUE D'OVARIOTOMIES.

M. Bantock, le chirurgien distingué du Samaritan Hospital, fournit au *British Medical Journal*, une analyse de 82 cas d'ovariotomie qu'il a opérés dans les trois dernières années. Il n'a eu qu'un décès. Il fait la comparaison entre ses opérations et celles faites par les principes de Lister.

Cas opérés par M. Bantoch			Opérations Listériennes		
Total	Guérisons	Décès	Total	Guérisons	Décès
82	81	1	118	107	11

En prenant les résultats des années 1885-1888, il trouve, d'après le même groupement :

Total	Guérison	Décès	Total	Guérisons	Décès
86	86	0	116	104	12

soit 86 cas pour 0 décès, contre 116 cas pour 12 décès.

(*Bulletin médical.*)

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE

(56e SESSION)

Tenu à Glagow du 7 au 10 août 1888.

M. Thomas More Madden, président de la *Section d'obstétrique*

rappelle que c'est en Ecosse qu'a été fondée la première maternité par le professeur Young, en 1725, bien avant que l'enseignement de l'obstétrique n'ait été créé à Londres et à Dublin. Il énumère les plus grands accoucheurs qui ont succédé à Young jusqu'à nos jours. Il passe en revue les progrès qui ont été faits en obstétrique ; il insiste surtout sur ceux de ces dernières années.

M. More Madden présente plusieurs instruments de son invention, et notamment un forceps dont les branches sont suffisamment incurvées pour bien saisir la tête fœtale, et dont les deux parties qui composent chaque branche sont suffisamment écartées pour admettre la tête fœtale, lorsque le forceps est appliqué. Le résultat est que ce n'est pas le forceps mais bien la tête du fœtus elle-même qui porte sur les parties maternelles pendant l'extraction.

M. Madden passe en revue les travaux de ces dernières années sur la gynécologie ; il montre les progrès de la chirurgie de l'utérus et de ses annexes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MODANE

L'ANTIPYRINE CONTRE LES COLIQUES UTÉRINES.

Le docteur Roncaglia a fait à cette Société une communication très importante sur l'emploi de l'antipyrine dans les coliques utérines. Après un court historique sur les propriétés de ce médicament tirées des observations et communications des professeurs G. Sée, Gley, Robin, le professeur Roncaglia fait part de quatre observations d'après lesquelles il a pu constater que l'administration de l'antipyrine fait cesser complètement les fortes douleurs utérines se produisant sous forme de coliques.

Il ajoute même que dans des cas observés ce médicament administré à une femme allaitant un enfant avait été d'une parfaite innocuité pour ce dernier.

Il conclut que l'antipyrine est un médicament très efficace contre les coliques utérines, quelle qu'en soit la cause. Il l'employa à la dose de deux grammes et de préférence par la voie du rectum. Il est d'avis que l'antipyrine peut et doit être substituée

aux opiacés qui ne la valent pas et n'ont pas le même avantage au point de vue de l'innocuité.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE BERLIN.

DES PSYCHOSES QUI SE PRÉSENTENT A LA SUITE D'OPÉRATIONS GYNÉCOLGIQUES.

M. Werth (de Kiel). — J'ai eu l'occasion d'observer six cas de psychoses à la suite d'opérations exécutées sur l'appareil génital de la femme; il s'agissait cinq fois de mélancolie et une fois d'une sorte de mélancolie active; je dois ajouter que ces six cas sont les seuls de ce genre que j'aie vus au cours de mes deux cent soixante-dix laparotomies. La durée de la maladie a varié de quinze jours à huit mois; j'ai obtenu une guérison complète, deux améliorations; l'une de mes malades s'est suicidée et l'état des autres est resté stationnaire; trois seulement d'entre elles avaient des antécédents héréditaires; trois d'entre elles avaient déjà dépassé le retour d'âge; l'apparition des premiers symptômes eut lieu chez l'une le cinquième jour, chez une autre le huitième après l'opération, chez d'autres enfin quelques semaines seulement plus tard.

Je n'ai pu trouver dans la littérature médicale que vingt-quatre cas analogues aux miens, qui tous sont rapportés très brièvement, sauf une observation de Martin et Czempin, dans laquelle la malade succomba, au bout de dix jours, à une sorte de tétanos, et qui ne me paraît pas rentrer dans la catégorie des faits qui nous occupent. Dans ces observations, il s'agissait tantôt de mélancolie, tantôt de manie; les premiers symptômes apparurent soit dans les neuf premiers jours, soit dans les quatre premières semaines qui suivirent les opérations; il s'agissait de castration, d'hystérectomie et de myomotomie, comme dans mes observations; quatre morts en tout, dont un suicide; enfin, ce n'est que dans un petit nombre de cas que les malades présentaient des antécédents héréditaires importants. Quant à la cause de l'apparition de ces affections, elle me paraît fort difficile à établir; on pourrait invoquer l'action de l'iodoforme; mais, dans mes six cas, je ne l'ai employé que cinq fois et avec modération,

et je ne crois pas avoir de raisons suffisantes pour m'arrêter à cette hypothèse. Dans trois de mes cas, la cause occasionnelle paraît avoir été une impression morale ou psychique très forte: dans un autre, les premiers symptômes se sont présentés après un lavage de la vessie nécessité par un catarrhe, lavage dont la malade ne voulait pas entendre parler.

M. Sanger (de Leipzig). — J'ai assez souvent l'occasion de voir des cas analogues, qui ont une plus grande importance qu'on ne le croit communément. Mais on ne saurait attribuer à l'intervention opératoire l'importance que lui donne M. Werth : pour moi, je crois qu'il s'agit presque toujours de femmes déjà malades antérieurement et chez lesquelles l'opération n'est que la cause occasionnelle de l'apparition de symptômes plus graves. J'ai vu des femmes qui n'avaient qu'une affection gynécologique peu sérieuse, se persuader qu'elles étaient gravement malades, et à la suite d'une intervention d'une importance minime, telle qu'une scarification, mettre fin à leurs jours par le suicide. Dans les psychoses que j'ai observées, l'iodoforme ne jouait pas un rôle important, et les opérées m'ont toujours paru avoir déjà présenté auparavant des signes d'aliénation mentale: dans trois cas dont j'ai pu faire l'autopsie, et dans lesquels les symptômes cérébraux et psychiques étaient apparus après une opération, j'ai constaté une fois une encéphalite, une autre fois une hémorrhagie du pont de Varole, et la troisième fois des exostoses crâniennes. Il s'agit donc souvent d'une simple coïncidence, mais il faudrait peut-être éviter d'opérer des personnes très nerveuses et suspectes de vésanie.

M. Martin. — Dans l'observation à laquelle Werth a fait allusion, il s'agissait d'une femme qui, à son entrée dans ma clinique, présentait déjà une agitation et une exaltation très grandes. Après l'opération que je pratiquai chez elle, il s'agissait de l'extirpation d'une tumeur, son agitation augmenta sensiblement, puis elle mourut quelques jours après : je ne crois pas que l'on observe, après des opérations gynécologiques, une plus grande proportion de cas d'aliénation mentale qu'après tout autre intervention chirurgicale. J'ai d'ailleurs observé un certain nombre de cas qui rentrent dans cette catégorie.

M. Ahlfeld. — Nous savons que l'on observe quelque chose d'analogue à la suite de l'accouchement et pendant la grossesse

j'ai eu l'occasion de voir en outre une personne qui, à la suite d'un simple toucher vaginal et de l'introduction du spéculum, devint folle.

M. Frommel (d'Erlangen). — J'ai observé deux cas de delirium tremens à la suite d'opérations gynécologiques; il s'agissait de femmes alcooliques et ici l'étiologie est bien simple, car on connaît l'influence du traumatisme, de quelque nature qu'il soit, sur cette catégorie d'individus.

DE LA PÉRINÉOPLASTIE.

M. Zweifel (de Leipzig). — La méthode de Lawson-Tait, recommandée par cet auteur il y a deux ans pour les déchirures complètes du périnée, vous est connue, mais elle n'a trouvé que peu d'écho en Allemagne; je vous la recommande, elle m'a donné d'excellents résultats. Désirant l'appliquer aux déchirures incomplètes du périnée, j'ai cherché et je suis arrivé à une méthode que j'ai découvert ensuite être celle de Simpson; elle présente aussi de grands avantages.

M. Franck (de Cologne). — Mes résultats me permettent, d'accord avec Zweifel, de recommander cette méthode.

M. Sanger. — Je vous présente une série de malades que j'ai opérées avec succès par la méthode Simpson-Tait; il s'agissait de déchirures complètes et incomplètes du périnée et de prolapsus, cas dans lesquels j'ai pratiqué la colporrhaphie antérieure et postérieure. Cette méthode a l'avantage d'être d'une grande simplicité.

M. Olshausen. — Je n'ai pratiqué cette méthode que deux fois, mais elle m'a paru en effet être d'une grande simplicité.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Olshausen. — Permettez-moi de vous présenter ici quelques malades: 1° une femme qui était atteinte d'une rétroflexion de l'utérus rebelle à tout traitement, et que j'ai guérie en suturant l'utérus à la paroi abdominale ; 2° une femme de cinquante-quatre ans chez laquelle j'ai pratiqué, il y a sept ans, l'hystérectomie vaginale pour un cancer du col, et qui se porte très bien et n'a jamais eu de récidive; 3° une autre malade qui a été opérée dans les mêmes circonstances, il y a cinq ans. Ce sont là

des résultats que je suis heureux de vous montrer, et qui justifient bien l'hystérectomie, dont on discute encore la valeur. Quant à la récidive, elle peut se présenter assez tardivement, et je propose, contrairement à l'avis de Martin, qui considère les malades qui n'ont pas eu de récidive au bout d'un an comme guéries, d'élever ce chiffre et de le porter au moins à deux ans. Pour ma part, j'ai vu récidiver un carcinome trois ans et demi après l'extirpation totale !

Enfin, je vous présente ici une femme atteinte d'ostéomalacie, et dont le bassin est si rétréci que la distance sacro-cotyloïdienne, qui laissait passer encore un doigt il y a un an, est maintenant presque réduite à zéro : cette femme, enceinte alors de trois mois, se présenta à ma clinique avec des symptômes d'incarcération : l'utérus rétrofléchi remplissait complètement l'excavation pelvienne, le col était très haut et je ne pus arriver à palper le museau de tanche : j'essayai en vain de redresser l'utérus, la ponction ne me donna pas un résultat meilleur et j'extirpai la matrice par la voie vaginale ; les suites de l'opération furent simples, et comme vous le voyez, cette femme se porte actuellement aussi bien que le lui permet l'affection incurable dont elle est atteinte.

(*Semaine médicale.*)

REVUE DE LA PRESSE

LA PREMIÈRE DENTITION, SON ÉVOLUTION PHYSIOLOGIQUE, SES MALADIES,

Par M. le docteur J. Comby, médecin des hôpitaux.

Conclusions. — Si l'on veut étudier avec fruit la première dentition, dans son évolution physiologique comme dans ses maladies, il faut écarter les facteurs qui peuvent jeter le trouble dans cette évolution et provoquer ces maladies. Veut-on savoir la date de sortie de chaque groupe de dents, il faut limiter son observation à des enfants sains, allaités naturellement, la maladie comme la mauvaise hygiène retentissant profondément sur le travail de la dentition. Cette précaution prise, voici les dates de sortie des 20 dents temporaires :

1° Les 8 incisives (de six à douze mois) dans l'ordre suivant : incisives médianes inférieures, incisives médianes supérieures, incisives latérales supérieures, incisives latérales inférieures ;

2° Les 4 premières molaires, les supérieures avant les inférieures (de douze à quinze mois) ;

3° Les 4 canines, les supérieures avant les inférieures (de quinze à dix-huit mois) ;

4° Les 4 dernières molaires (de vingt à vingt-six mois) ;

Il y a parfois des temps d'arrêt entre ces différents groupes, mais il ne faut pas y compter. En somme, la première dentition, dans les conditions physiologiques, dure dix-huit à vingt mois ; elle commence à six mois et se termine à vingt-quatre ou vingt-six mois.

Dans les conditions anormales, cette évolution est irrégulière et retardée. La première dent, qui doit sortir à six mois, n'apparaîtra qu'à douze, quinze et seize mois. La dentition, au lieu de durer dix-huit à vingt mois, durera trente et trente-six mois, comme on l'observe chez quelques rachitiques.

La première dentition joue-t-elle un rôle pathogénique important ? Peut-elle donner naissance à des maladies dites maladies de dentition ? Peut-elle aggraver le pronostic des maladies qui surviennent pendant son évolution ?

L'accord est fait sur le chapitre des accidents locaux de la dentition et sur les troubles fonctionnels qui en dérivent. On admet la rougeur et la turgescence des gencives, la salivation, la stomatite érythémateuse, pultacée, ulcéreuse. Cette stomatite de dentition peut entraîner de l'agitation, un peu de fièvre, un peu de diarrhée. Ces accidents locaux, auxquels on peut ajouter la carie précoce, la périostite, l'abcès dentaire, n'ont rien de grave et leur traitement est très simple.

Restent les accidents réflexes, les *maladies de dentition* dont la liste, autrefois très longue, se raccourcit de plus en plus. L'irritation partie des gencives pourrait se réfléchir sur les différents appareils et provoquer : des diarrhées, des convulsions, des bronchites, des laryngites, des ophthalmies, des otites, des pseudo-méningites, de la fièvre, des dermatoses, etc., etc.

Mais si l'on prend la précaution indiquée plus haut, si l'on se borne à étudier les enfants sains et pourvus d'une bonne nourrice, on verra que les maladies en question sont très rares. Elles sont très communes, au contraire, chez les enfant affaiblis par une tare héréditaire ou par une mauvaise hygiène alimentaire, c'est-à-dire que les

maladies de dentition sont dues à d'autres causes que ce prétendu travail de dentition qui aurait des irradiations sympathiques si multiples et si lointaines. Nous regardons l'influence pathogénique de la première dentition comme insignifiante.

D'autre part, si la période de la première dentition est considérée comme critique et comme un élément d'aggravation des maladies intercurrentes, c'est à l'âge seulement qu'il faut attribuer la vulnérabilité des petits enfants et leur moindre résistance. Le pronostic réside, toutes choses égales d'ailleurs, dans la débilité de l'âge ; la dentition n'y est pour rien. (*Archives générales de médecine.*)

ÉRYSIPÈLE ET FIÈVRE PUERPÉRALE.

M. Doyen a recherché les rapports qui unissaient l'érysipèle et la fièvre puerpérale. D'après lui, la comparaison des faits cliniques et expérimentaux démontre que :

1° Le streptococcus puerpéral, qui est le microbe caractéristique de la fièvre puerpérale, donne presque toujours au lapin l'érysipèle et un petit abcès ; — à la femme, parfois des érysipèles, des phlegmons, la pleurésie purulente.

2° Le streptococcus de l'érysipèle donne presque toujours l'érysipèle au lapin — et parfois aussi le phlegmon ou la péritonite chez l'homme.

3° Le streptococcus du pus donne parfois l'érysipèle au lapin.

Ces trois streptococci, identiques sur les cultures, semblent donc représenter un seul et même être, dont les manifestations peuvent varier.

FIBROME DE L'UTÉRUS.

M. J. Boeckel parle d'une femme atteinte d'un fibrôme de l'utérus depuis une quinzaine d'années. Il y a 3 ans il fit la *laparotomie*, mais ne put réussir à extraire la tumeur, à cause des adhérences excessives qu'elle avait contractées avec le péritoine viscéral. Il sectionna une dizaine de feuillets sans arriver à dégager la tumeur. La vessie fut blessée au cours de l'opération et suturée séance tenante. Suites très simples. La malade quitta l'hôpital au bout de quelques semaines. A sa sortie, la tumeur avait diminué de volume, sans

doute par suite de la déchirure des adhérences, aux dépens desquelles la tumeur se nourrissait en partie. Aujourd'hui, après 3 ans, la tumeur qui au début remplissait tout le ventre et dépassait l'ombilic, a presque entièrement disparu. La ménopause a eu lieu il y a un an. On ne constate plus qu'une tumeur grosse comme un poing.

DE L'ALLAITEMENT. — CHOIX D'UNE NOURRICE

Par le Dr Budin.

Quand la mère ne peut pas ou ne veut pas nourrir, il faut choisir une nourrice, ce qui n'est pas commode. En entrant dans un bureau, le médecin doit se dire qu'il en sortira avec la *meilleure* nourrice. Dans le monde, on veut souvent une *belle* nourrice, ce qui est une erreur. La nourrice devra avoir de 20 à 30 ans. Trop jeunes, elles ont de grands inconvénients ; trop vieilles, elles ont moins de lait ou celui-ci est trop fort. La nourrice devra être accouchée depuis un certain temps. Quand l'accouchement est trop récent, les nourrices ont des pertes blanches ou sanguines, des accidents péri-utérins. En outre, elles sont plus sujettes aux crevasses et aux abcès. Leur enfant peut être syphilitique et la syphilis n'apparaît souvent qu'après 4 ou 6 semaines. On choisira donc une nourrice accouchée depuis 2 à 4 mois.

Elle ne devra pas avoir accouché depuis trop longtemps. Si l'accouchement remonte à plusieurs mois, le lait contient trop de graisse : il est trop nourrissant. Il tarit quelquefois trop vite. Cependant il y a des exceptions nombreuses et certaines femmes ont, au bout de 14 mois, du lait excellent. A Paris, on choisit de préférence, avec raison, les femmes ayant déjà allaité. Elles ont plus d'expérience, leurs seins sont habitués à donner du lait ; elles offrent des garanties. De plus, les femmes arrivant de la campagne pour la première fois à Paris s'acclimatent parfois difficilement.

On examinera l'état général de la nourrice : on la choisira forte. Cependant il n'est pas rare de voir des femmes maigres, d'apparence chétive, faire d'excellentes nourrices. Mais, elles n'ont jamais été malades et n'ont aucun antécédent fâcheux.

La couleur des cheveux importe peu. Le bon état des dents est plus important. Quand elles sont mauvaises, outre l'odeur repoussante qui en est la conséquence, les femmes mâchent mal et, par

suite, digèrent mal. Le médecin examinera avec soin l'état général des ganglions cervicaux.

Doit-on prendre une femme ou une fille ? Les deux ont leurs avantages et leurs inconvénients. Si la moralité de la fille est plus douteuse, la femme est plus chère, et le mari ne se gêne pas pour faire chanter les maîtres.

Les seins de la nourrice doivent être gros, bien développés. Mais il ne faut pas juger sur l'apparence : c'est le volume de la *glande* qui importe. Il doit y avoir peu de graisse sous la peau, le toucher doit faire constater de petits grains bien développés, ce sont les acini. La peau doit glisser facilement sur la glande : la circulation veineuse doit être abondante sur les seins et entre eux. Le bout de sein ne sera ni trop, ni trop peu développé. Le lait doit sortir facilement, condition importante quand l'enfant est chétif.

Le lait peut être clair ou épais, suivant le moment où on l'examine. Si le sein n'a pas été vidé récemment, il est aqueux : au bout de quelque temps, il devient plus épais. Ce n'est donc pas sur son examen qu'on peut se baser, mais sur celui de l'enfant de la nourrice. S'il est fort, bien développé, si ses chairs sont fermes et marbrées, si les organes génitaux et l'anus ne sont pas rouges, si ses garde-robes ont une belle couleur, on aura de grandes chances pour que la mère soit bonne nourrice. Mais il faut se méfier et savoir que souvent l'enfant que la nourrice présente n'est pas le sien, mais a été emprunté ou loué. Enfin l'enfant peut être beau, mais il a été nourri dans des conditions particulières, avec du lait de vache ou des bouillies et non par sa mère.

En Russie, les bureaux de nourrices sont mieux installés que chez nous. Ils coûtent plus cher, il est vrai, mais on a le droit de changer trois fois la nourrice en deux mois, sans rétribution, ce qui fait que les patrons ont tout intérêt à fournir de bonnes nourrices la première fois. Ce qui vaut le mieux, quand on peut le faire, c'est de retenir une nourrice à l'avance ; 8 ou 15 jours avant l'accouchement, on la fait venir avec son enfant et on a tout le temps de se rendre compte de la façon dont se fait l'allaitement.

Il faudra veiller à l'hygiène de la nourrice. Elle prendra des bains fréquents. Elle sortira tous les jours. On ne changera pas trop son alimentation habituelle et on évitera de donner trop de viande et de vin à une femme de la campagne. Si, sous l'influence du changement de lieu, le lait de la nourrice venait à diminuer, il ne faudrait pas en

changer sur-le-champ. On patientera quelque temps, en s'aidant au besoin avec du lait de vache ou d'ânesse et, souvent, on verra le lait revenir. Quant à l'apparition des règles chez une nourrice, ce n'est pas une contre-indication à l'allaitement.

DE L'EMPLOI DU CRIN VÉGÉTAL DANS LE COUCHER DES ENFANTS ATTEINT D'INCONTINENCE D'URINE.

Dans une brochure publiée en 1885, M. Oudart, directeur général des asiles d'aliénés du royaume des Pays-Bas, avait dit : « On se sert à Rotterdam, pour le coucher des gâteux, d'une espèce de copeau appelé Houtwolle, ou crin végétal. On y repose aussi confortablement que sur un matelas de laine.

Un essai, en ce qui concerne les enfants atteints d'incontinence d'urine, a eu lieu à l'école agricole de Ruysselede. Un enfant de cette catégorie a été couché directement sur la matière non enveloppée. Il n'en a mouillé qu'une très faible partie, un quart de kilogramme au maximum.

Les avantages de ce mode de couchage sont : Que l'enfant reste constamment à sec ; que la fourniture du lit ne donne aucune odeur et qu'elle se conserve dans un état parfait de propreté. »

Depuis une quinzaine d'années, la fabrication des copeaux fins a pris une grande extension, en même temps que leur emploi n'a cessé de se multiplier. Ils sont utilisés pour les divers emballages, la bourrellerie, et en particulier pour la confection des matelas. Les centres de cette industrie sont établis à Paris, à Amsterdam, en Angleterre et en Allemagne.

En Belgique, les chirurgiens emploient le Houtwolle dans le traitement des plaies, en guise de charpie, soit pur, soit mélangé dans des proportions définies avec la charpie de vieux linge, suspecte, non sans raison, de fixer des miasmes et des principes contagieux. Comme la laine de bois, dit le docteur Herpain est recommandée à cause de ses propriétés hygroscopiques, dans les cas de suppuration abondante, on préfère les copeaux de bois blanc. Préparés au sublimé, ils ont donné de bons résultats dans les services de chirurgie des hôpitaux civils de Gand et de Mons. M. le médecin de régiment Logie dit ne rien connaître d'aussi bon contre les engelures ulcérées.

Dans les dortoirs des gâteux, on dispose, pour chaque lit, le hout-

wolle en trois matelas placés bout à bout, de manière à pouvoir enlever celui du milieu lorsqu'il est trempé. C'est en général peu de temps après le coucher et sous l'influence de la chaleur, que des gâteux, que l'on a eu la précaution de faire uriner avant d'entrer au lit, arrosent leur paillasse.

Prix peu élevé, résistance à l'humidité et à la putréfaction, conservation de son élasticité première, absence d'odeur urinaire, tels sont, d'après M. Herpain, les avantages de la laine de bois de sapin, qui exhale une odeur balsamique, peu prononcée à la vérité, mais dont les propriétés excitantes ne peuvent qu'être bienfaisantes pour les enfants. (*Gaz. méd.*)

DE LA MALADIE KYSTIQUE DE LA MAMELLE.

A propos de la présentation par M. Reclus d'une malade atteinte de tumeurs multiples dans le même sein, bilatérales, très dures au toucher, une discussion des plus intéressantes a eu lieu sur la nature réelle de cette affection, et M. Brissaud résume de la façon suivante l'anatomie pathologique de l'affection. D'abord, il n'y a point de tumeurs proprement dites, mais un semis de kystes de toutes dimensions au milieu d'une glande saine. Ces kystes siègent dans les acini glandulaires ; le tissu interstitiel ne subit aucune modification et les canaux galactophores sont le plus souvent indemnes. L'épithélioma reste limité d'ordinaire à la cavité kystique.

Dans quelques points on peut observer des masses fibreuses dues à la rétrocession du tissu kystique. Dans quelques cas, d'après MM. Malassez et Brissaud, il peut se faire des bourgeons épithéliaux en dehors du kyste et il faut s'en défier.

M. Quénu a aussi pratiqué l'examen anatomique de ces tumeurs dans un cas qu'il a observé et où la mamelle était remplie de petits kystes, dont les plus gros avaient le volume d'un œuf de pigeon ; leur contenu était laiteux. D'ailleurs, cette femme, qui avait sa grosseur depuis neuf ans, l'avait vue augmenter à chaque grossesse (5 grossesses) et il y avait trois mois et demi qu'elle était accouchée pour la dernière fois.

La lésion anatomique, pour M. Quénu comme pour MM. Brissaud et Reclus, est une agglomération de kystes sans tumeurs, mais il se refuse à admettre le rapprochement qu'ils ont fait entre la maladie kystique et l'épithélioma. Pour lui, c'est une affection de la nature

des cirrhoses épithéliales compliquée d'un processus irritatif du côté de l'épithélium acineux, une sclérose du tissu conjonctif péri-acineux et la formation de kystes. L'irritation épithéliale est pour M. Quénu le point de départ de la maladie kystique, et un fait l'a frappé : dans beaucoup d'observations, on a observé dans les mamelles atteintes des abcès antérieurs plus ou moins nombreux. Il propose de désigner anatomiquement la maladie sous le nom de *cirrhose épithéliale kystique* du sein.

Un fait important ressort de la discussion, c'est la longue évolution et la bénignité de ces tumeurs ; la seule observation de malignité due à Sonnis présente, en effet, de nombreuses incertitudes.

D[r] Barette.

ŒDÈME DES NOUVEAU-NÉS.

D'après M. le docteur Léon Dumas (de Montpellier) l'œdème des nouveau-nés qu'on ne confond plus avec le sclérème et qui se rapproche beaucoup par ses symptômes de la phlegmasia alba dolens, s'en rapproche aussi par l'anatomie pathologique, car il a rencontré dans deux autopsies le thrombus des veines fémorales. Ce fait semble indiquer que cette forme d'œdème doit être traitée comme la phlegmasia et qu'il faut s'abstenir en pareil cas des massages recommandés par certains auteurs.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Lampe pour l'éclairage du spéculum du D[r] Simon.

Frappé des nombreux inconvénients que présente la lampe employée habituellement pour les explorations, le D[r] Simon a imaginé de remplacer le pétrole par la bougie.

Sur ses indications, M. Mathieu a construit un appareil donnant un éclairage aussi intense que la lampe au pétrole, facile à nettoyer, car la partie inférieure se dévisse et permet, ainsi, le ramonage complet du tube ; et pouvant être employée partout, car on trouve de

la bougie dans tous les pays du monde, tandis qu'on ne trouve pas de pétrole partout. De plus, la bougie est plus transportable que le pétrole.

L'appareil se compose essentiellement d'un tube dans lequel un ressort maintient la bougie toujours au même niveau au fur et à mesure de sa consommation. Au sommet de ce tube s'ajuste un cylindre présentant un miroir réflecteur et une lentille convexe convergeant les rayons lumineux. Le tube se termine à sa base par une plaque permettant la stabilité de l'appareil sur une table ou toute autre surface plane.

Cette lampe peut servir pour les explorations de l'utérus, du pharynx, du larynx et pour tous les organes pour lesquels un éclairage intense sous un petit volume est nécessaire.

VARIÉTÉS

La chevelure féminine. — A l'Académie des inscriptions et belles-lettres, le 17 septembre, M. Le Blanc donne lecture d'une note assez curieuse sur la chevelure des femmes. Il rappelle que, de tout temps, aussi bien dans l'antiquité que sous l'ère chrétienne et de nos jours, on l'a entourée de soins tout particuliers. On sait le rôle que jouait la teinture dans la chevelure : les femmes blondes dont les grands peintres vénitiens nous ont laissé les portraits étaient des brunes teintes ; un vieux recueil conservé à la bibliothèque *Marciana* intitulé le *Ricettario* de la comtesse Nani, nous fait connaître de quels parfums et de quelles drogues se servaient les femmes pour modifier la couleur de leur chevelure.

Les évêques, dès les premiers siècles, s'élevèrent contre ces pratiques qui devaient conduire en enfer celles qui en faisaient usage ; faire de la sorte, ajoutaient-ils, c'est se montrer au regret d'être nées Romaines et de n'avoir point reçu le jour en Gaule ou en

Germanie ; c'est vouloir braver le Seigneur, qui a dit : « Qui de vous peut noircir un cheveu blanc et blanchir un cheveu noir ? » Saint Jérôme fulmine contre celles qui se percent les oreilles, se couvrent le visage de céruse et de pourpre et se teignent les cheveux de cette couleur qui présage les flammes de l'enfer. De leur côté, les rabbins disaient que le diable dansait sur les cheveux des femmes teintes. Dans les premiers siècles, on voit, à maintes reprises, le diable associé aux chevelures blondes ; M. le Blant cite des cas d'exorcisme où l'esprit du mal s'était réfugié dans les cheveux dorés.

Sans parler de la légende de Samson, on sait que les anciens accordaient certains pouvoirs aux cheveux ; les Gentils pensaient qu'ils étaient le siège d'une partie magique ; ils croyaient que les chrétiens martyrs puisaient en eux une partie de leur courage : on raconte que les bourreaux, s'imaginant qu'une jeune vierge ne devait sa force de résistance qu'à sa chevelure, lui rasèrent la tête pour la déterminer à apostasier. Enfin, dans l'antiquité, nous voyons une divinité préposée à la chevelure, une autre aux sourcils ; de ces derniers détails, M. Le Blant se demande si les diverses parties du corps n'avaient pas toutes un dieu spécial. (*Paris Méd.*)

UN SKOPTZY. — Le *Scalpel* du 19 août annonce « qu'un étudiant d'Odessa, atteint de folie religieuse, pratiqua sur lui-même la castration. Il se rendit après cette opération à l'église, où il se mit à prier avec ardeur pendant qu'une véritable mare de sang se formait sous lui. On le transporta immédiatement à l'hôpital. Pendant qu'on suturait la plaie, le blessé restait absolument indifférent et impassible. Il priait et faisait force signes de croix. Malgré une perte de sang très considérable, on espère le sauver. » — Nous rappellerons à nos lecteurs que notre ami Teinturier a publié sur les *Skoptzy* une étude très intéressante.

NOURRICE CONTAGIONNÉE PAR UN NOURRISSON ; RESPONSABILITÉ DES PARENTS. — La 9e chambre correctionnelle de Paris vient de rendre un jugement aux termes duquel les époux X..., dont l'enfant, atteint par hérédité d'une maladie contagieuse d'un caractère spécial (syphilis), a communiqué cette maladie à sa nourrice, sont condamnés chacun à 100 francs d'amende et solidairement à 2,000 francs de dommages-intérêts.

Il a été établi qu'ils n'ignoraient pas l'état de leur enfant.

Dans ces conditions, le tribunal a assimilé ce fait aux coups et blessures par imprudence.

Le jugement dit en effet qu' « en droit les articles 319 et 320 du code pénal, en visant les coups et blessures, ont entendu prévoir et punir les faits qui, par une analogie parfaite avec les coups et blessures, ont atteint matériellement les personnes et ont, par cette atteinte, troublé gravement leur santé et mis leur vie en danger »

Il est à noter que la même chambre du tribunal, en mars 1884, avait, dans une espèce analogue, jugé le contraire, en décidant que « la communication involontaire à un tiers, même par imprudence ou négligence, d'une maladie contagieuse ou d'un virus organique occasionnant la mort, n'était réprimée par aucune loi pénale, les mots : homicide, blessures et coups, insérés aux articles 319 et 320 du code pénal impliquant nécessairement l'idée d'une *action violente* sur le corps humain ».

BIBLIOGRAPHIE

I. **De l'emploi de l'eau chaude en gynécologie sous forme d'injections vaginales et d'injections intra-utérines prolongées**, par M. de Tornéry. Paris, Lanier, 1888.

II. **Composition moyenne de l'urine normale**, par MM. Yvon et Berlioz. Revue de médecine. Paris, 1888.

III. **Du lavage électrique et de la faradisation intra-stomacale dans la dilatation de l'estomac**, par le Dr H. Baraduc. Paris, Bureaux du *Journal de médecine de Paris*, 1888.

IV. **Un cas de respiration de Cheynes-Stokes**, par le Dr G. Descourtis. Paris, Bureaux de l'*Encéphale*, 1888.

V. **Du cancer du larynx**, par M. le Dr Baratoux. Paris, Lecrosnier et Babé, 1888.

VI. **La maladie de l'empereur Frédéric III**, par M. le Dr Baratoux. Paris, Lecrosnier et Babé, 1888.

VII. **Nouvelle sonde à injections intra-utérines** du Dr A. Ollivier. Paris, 1888.

VIII. **De l'influence de l'impaludisme sur les femmes enceintes**, par le Dr Rodriguez dos Santos. Rio-de-Janeiro, 1888.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

221. — De l'eau de menthe poivrée contre le prurit vulvaire, par M. A. *Routh.* — Cet observateur recommande ce remède contre le prurit vulvaire causé par les pediculi, les ascarides, les polypes utérins, le cancer du col, les leucorrhées vaginales et la métrite. Quelle qu'en soit la cause diathésique, il prescrit des lotions avec la solution d'une cuillerée à café de borax pulvérisé dans un demi-litre d'eau tiède et additionnée de cinq gouttes d'essence de menthe poivrée. Les lotions sont pratiquées avec une éponge douce.

Dans les cas où il existe un eczéma ou bien des ulcérations, il substitue à l'application de ce liquide des onctions avec une mixture contenant 25 centigrammes d'iodoforme pour 30 grammes d'huile d'olives. Au demeurant, les lotions avec l'eau de menthe poivrée sont efficaces surtout contre le prurit vulvaire de la grossesse. (*Brit. med. Journal*, 14 août 1888, p. 793, et *Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux.*)

222. — Conduite à tenir dans le cas d'expulsion de la matrice pendant l'accouchement. — Le Dr Maximo de Francisco (de Alcala de Henares) raconte le fait suivant : « Le 1er décembre 1886, je suis appelé en consultation, à deux heures de l'après-midi, par mes trois confrères, les docteurs Aizpuru, Gamir et Aragon. Il s'agissait d'une femme de vingt-quatre ans, bien constituée, primipare, qui sentant les douleurs préliminaires de l'accouchement, avait réclamé l'aide du Dr Aizpuru. Celui-ci, après avoir pris connaissance de l'état de la parturiente, annonce une présentation normale de la tête.

« Les douleurs se succèdent régulièrement, de plus en plus fortes et la tête du fœtus arrive ainsi jusque dans l'excavation. Puis, tout à coup, à la suite d'une douleur plus vive, la matrice, contenant le produit de la conception, est expulsée hors de la vulve. Le col est absolument rigide ; dilatation mesurant le diamètre d'une pièce de deux réaux ; le museau de tanche est descendu jusqu'au niveau de deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du genou.

« Un fait aussi extraordinaire appelait particulièrement l'attention ; après discussion, il fut convenu que :

« 1° L'indication élémentaire était de réduire la matrice et son contenu dans ses rapports normaux, mais qu'il n'était pas possible de songer à la remplir ;

2° Etant donné que l'utérus, sorti du bassin, se trouve privé de l'appui que lui fournissent la ceinture osseuse pelvienne et les muscles des parois de l'abdomen il ne paraît pas que la contraction de ses fibres soit suffisante pour expulser le produit de la conception ; toutefois, par prudence et dans l'hypothèse que ce résultat vînt à se produire, il convenait de faire sur le globe utérin des applications de belladone, de donner un bain de vapeur et d'attendre un certain temps l'effet de ces moyens ;

« 3° Dans le cas où l'expulsion ne serait pas produite après ce temps d'attente, il serait procédé à l'accouchement forcé, lequel pourrait se faire avec une extrême facilité dans les circonstances présentes.

Nous venions de nous arrêter à ces résolutions quand on vient nous informer que la parturiente, à la suite de nouvelles douleurs, a accouché d'un enfant du sexe féminin. Nous voyons, en effet, en venant auprès d'elle, que l'utérus s'est débarrassé de son contenu, qui était une belle petite fille, pleine de vie et à terme. Nous faisons la ligature du cordon et l'extraction des secondines, puis nous réduisons, lentement et avec précaution, d'abord le vagin et l'utérus ensuite, et appliquons un bandage contentif.

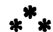
« Les suites de cet accouchement furent des plus simples : pendant la durée de deux jours, la femme présente un peu de fréquence du pouls, avec une température de 38°5 et ce fut tout. Aujourd'hui (1er janvier, un mois après l'accouchement) elle est en parfait état de santé, tout comme si les couches n'avaient offert rien d'anormal. (*El Siglo med. et Rev. de thérap.*)

223. — A propos du traitement de l'avortement par la quinine, par le docteur Misrachi (de Salonique). — Nous avons signalé dans la précédente revue le travail du docteur Cordes (de Genève) sur le sulfate de quinine considéré comme utéro-moteur. Nous avons rappelé que ce médicament avait été plusieurs fois essayé inutilement pour provoquer le travail, en ajoutant que peut-être le sul-

fate de quinine agissait sur certains utérus, pour exciter les contractions et non pour les déterminer, mais que nous n'étions pas en mesure de trancher la question. Le docteur Misrachi (de Salonique) combat énergiquement, c'est-à-dire par les faits, les propositions du docteur Cordes. Le docteur Misrachi est bien placé pour observer l'action du sulfate de quinine, « car dans son pays tout le monde a de la fièvre, et les femmes grosses en prennent des doses variant de 1 gr. 20 à 1 gr. 50 sans consulter le médecin. » Or, on n'a jamais cité un cas, ajoute notre honorable confrère, où l'interruption de la grossesse ait pu être imputée irréfutablement à la quinine.

Telle est l'opinion du docteur Misrachi sur l'effet du sulfate de quinine quand l'utérus gravide est au repos. Quant à l'effet que le sulfate de quinine pourrait avoir sur un utérus qui se contracte, le docteur Misrachi rejette encore absolument la proposition du docteur Cordes. Si, en effet, dans quelques cas, on voit les fausses couches se terminer rapidement après l'administration d'une ou deux doses de quinine », il en est d'autres *où l'avortement s'éternise malgré l'administration prolongée du médicament*, et ceux-ci sont tellement plus nombreux qu'on ne peut se dispenser de songer à une simple coïncidence et rien de plus.

Enfin le docteur Misrachi conclut à l'inefficacité habituelle, sinon constante, de la quinine. (*An. de Stapfer*, *in. Un. méd.*)



224. — Traitement de la leucorrhée. — Le Dr MORTIMER WILSON préconise l'emploi du sulfure de calcium (*calcium ulphide*) dans le traitement de la leucorrhée, contre laquelle il l'a administré avec succès dans plus de cent cas. Quand la maladie est simple, non compliquée d'ulcération, il le prescrit le matin et le soir, ou après les repas, à la dose de 1 à 3 grains anglais (le grain anglais vaut environ 6 centigrammes) ; et aucun traitement local, dit-il, n'est nécessaire. Cette médication n'a jamais manqué de modifier avantageusement la maladie et souvent l'a guérie radicalement. (*The Therapeutic Gazette*, 15 juin 1888, et *Union médicale.*)

225. — Traitement de la migraine. — Dans une récente séance de l'Académie de médecine d'Irlande, le Dr James Little, pré-

sident, a fait une communication sur les bons effets d'une combinaison de salicylate de sodium et d'un citrate effervescent de caféine contre la migraine. Son procédé est le suivant : lorsque le patient s'éveille avec une sensation quelconque de douleur de tête, il lui fait prendre 20 grains anglais (environ 2 gr. 60) de salicylate de sodium dans un verre d'eau rendue effervescente par l'addition d'une cuillerée à dessert de citrate granuleux de caféine. On peut, si cela est nécessaire, prendre une seconde dose, et même une troisième, à des intervalles de deux heures. L'addition de la caféine effervescente rend le médicament agréable au goût, ce qui n'aurait pas lieu si le salicylate était seul, et probablement elle ajoute à sa vertu ; mais ce qui tend, dit le Dr Little, à démontrer que ce n'est pas à la caféine qu'il faut attribuer les bons effets obtenus, c'est qu'il a vu la mixture en question soulager des malades qui, antérieurement, n'avaient retiré aucun bien de la caféine employée seule. (Ibid.)

226. — Emploi du viburnum prunifolium contre les contractions utérines pendant la grossesse. (Schwartz.) — Le viburnum prunifolium combat avantageusement les contractions utérines qui se présentent au cours de la grossesse, et qui parfois sont très pénibles et peuvent même provoquer l'avortement ; il faut en prendre 1 gramme trois à quatre fois par jour ; Schwartz a réussi avec ce remède à faire cesser des contractions assez fortes et même à conserver pendant quelques mois un fœtus mort dans l'utérus : ce moyen n'exclut pas d'ailleurs la morphine, le repos au lit et les précautions employées dans ces circonstances.

* * *

227. — Hémorrhagies utérines. (Gallard.)

Ergot	10 gr.
Sous-carbonate de fer	10 gr.
Sulfate de quinine	2 gr.
Extrait de digitale	1 gr.

Pour 100 pilules.

Prendre deux pilules avant chaque repas.

Dans certains cas, l'infusion de 30 à 50 centigrammes de feuilles de digitale a rendu des services. Il faut interrompre la médication au bout de 3 à 4 jours.

228. — Poudre emménagogue. — (Potain.)

Feuille d'armoise pulv...........	2 gr. 50 cent.
Millefeuille pulv..........	2 gr. 50 cent.
Safran pulv.......................	1 gr. 25 cent.

Mêlez et divisez en 5 paquets. — Un paquet chaque jour, pendant les 5 jours qui précèdent l'arrivée probable des règles. — Cataplasmes chauds sur le bas-ventre, sinapismes sur les membres inférieurs. — Si l'aménorrhée est liée à la chlorose, on prescrit pour le reste du mois le vin de quinquina et le fer. — N. G.

229. — Vomissements tenaces de la grossesse; emploi de la teinture d'iode, par le docteur Lewellyn Eliot (de Washington) (*Scalpel* 1888. 6.) — Les vomissements dans la grossesse peuvent être observés seulement au début de la gestation et n'ont alors que peu d'importance ; dans d'autres cas, ils deviennent plus graves par la fréquence de leur répétition et par leur durée ; enfin, dans une troisième forme, la ténacité des accidents est telle que l'indication de l'accouchement prématuré se pose.

Les deux dernières formes du vomissement de la grossesse se touchent sur leur limite, et il est toujours à craindre de voir la moyenne se transformer en l'autre.

Le traitement du docteur Eliot consiste dans l'administration de quelques gouttes de teinture d'iode, dans un peu d'eau sucrée, à doses répétées de demi-heure en demi-heure par cinq gouttes à la fois, jusqu'à quinze gouttes au total. On peut ajouter à la teinture d'iode telle quantité que l'on voudra de sirop de menthe ou d'anis.

230. — De la désinfection du vagin dans le tamponnement. — Le praticien est souvent aux prises avec la difficulté d'assurer à la fois l'hémostase obtenue par le tamponnement et la désinfection d'une cavité où il doit séjourner le plus longtemps possible un corps étranger infiltré de sang et de liquides organiques. La solution du problème réside dans le choix d'une substance désinfectante à incorporer à la matière première du tampon et capable de

s'opposer à tous les processus de fermentation et de putréfaction du contenu. M. Koch s'est livré à une série d'expériences sur le coton dégraissé, imprégné d'antiseptiques à divers degrés de concentration et plongé dans un mélange de sang de bœuf et de sécrétions vaginales maintenues dans une étuve, à la température du corps humain.

Il résulte tout d'abord de ces expériences que l'absence d'odeur ne donne aucune garantie contre la présence des bactéries. Le sublimé s'est montré inefficace ; une solution au cinq-centième n'empêche pas le développement des micro-organismes. L'iodoforme, l'acide borique, la solution phéniquée au centième, et même la glycérine phéniquée au dixième sont également impuissants. Par contre, on peut recommander une solution phéniquée à 2, 5-5 p. 100, et l'acide salicylique en solution alcoolique à 5-10 p. 100.

(*Gynæk. Centralbl.* et *Courrier médical.*)

231. — Traitement hygiénique des dyspepsies, par Dujardin-Beaumetz. — Il faut, au point de vue du régime, distinguer trois cas : dyspepsie par exagération de sécrétion du suc gastrique ; dyspepsie par défaut de sécrétion ; dyspepsie avec troubles sympathiques.

1° *Dyspepsie par défaut de sécrétion.* — Substances peptogènes, pain grillé, bouillon, mélange de bouillon et de lait (Herzen), pulpe de viande crue, poudres de viandes, peptones, pepsine, limonade à l'acide chlorhydrique (Bouchard) :

Acide chlorhydrique............	4 grammes.
Eau..........................	1000 —

Un verre à la fin du repas.

2° *Dyspepsie par exagération de sécrétion du suc gastrique.* — Régime purement végétal, composé d'œufs, de féculents et de fruits.

a. Les œufs seront très peu cuits et surtout à la coque.

b. Les féculents seront à l'état de purée, purée de pommes de terre, de haricots, de lentilles, farine de maïs, de gruau, d'avoine et d'orge, pâtes alimentaires macaroni et nouilles. Le tout surtout accommodé au maigre.

c. Légumes très cuits et surtout à l'état de purée, julienne en purée, purée de petits pois, salades très cuites, épinards, haricots verts.

d. Les fruits doivent être cuits en compote, sauf le raisin.

e. Le pain sera très cuit, pain grillé, croûte de pain.

f. Boisson. — Pas de vin pur, bière légère ou lait, ce dernier, coupé avec des eaux alcalines légères.

3° *Dyspepsie avec troubles sympathiques.* — Régime absolument végétal. (*Rev. de thérap.*)

232. — Emménagogues. — Dans la *Revue des sciences médicales*, le Dr Blumensaadt attire l'attention sur un nouvel emménagogue, dont les propriétés avaient jusqu'ici passé inaperçues ; il s'agit du classique sirop de saponaire. Comment agit la saponaire dans l'économie, sur l'utérus ? C'est ce que nous ne savons point encore.

L'aménorrhée reconnaît de nombreuses causes que nous n'étudierons point ici : aux personnes faibles, anémiques, on prescrira du fer, du quinquina, etc.; aux malades pléthoriques, les alcalins, les iodures ; aux névropathes les bromures, la valériane. Ces emménagogues s'adressent à l'état général : ce sont des emménagogues *indirects*.

Ceux qui agissent directement sur l'utérus, sur les ovaires, sur l'appareil génital de la femme sont des emménagogues *directs*. On connaît les effets de la rue, du persil et de l'apiol, de la sabine, de l'absinthe, du safran, de la garance, de l'ergot de seigle, du sulfure de carbone, etc. Tous ces agents sont très excitants, souvent infidèles et peuvent amener des accidents graves.

Toute autre est l'action de la saponaire qui est un médicament agréable à prendre et pour ainsi dire inoffensif. Je ne raconterai point par le menu des cas où les règles supprimées depuis plusieurs mois, sans cause, chez des jeunes filles ou des jeunes femmes bien portantes, où les règles, dis-je, revenaient sans douleur, sans accident, sans aucun inconvénient au bout de quatre ou cinq jours d'emploi du sirop de saponaire.

C'est une médication empirique, soit ; mais du moment qu'on s'en trouve bien, on peut l'employer sans crainte.

On administre le sirop de saponaire à la dose de trois à dix cuillerées à soupe par jour. Deux cuillerées suffisent parfois.

On peut prescrire l'extrait alcoolique de racine à la dose de 1 à 10 grammes ; la décoction de racine (20 à 30 grammes pour un litre d'eau) ou l'infusion.

Mais la meilleure préparation, au moins la plus agréable, est le sirop que j'ai vu prendre à de très fortes doses.

La saponine qu'on a extrait de la saponaire et d'autres végétaux est un anesthésique local comme la cocaïne, mais son action thérapeutique n'a point encore été assez étudiée pour qu'on puisse connaître tout le parti qu'on pourrait tirer en thérapeutique de ce corps dont on n'a point encore signalé les propriétés emménagogues.

(*Rev. de thérap.*)

233. — Traitement de la pelvipéritonite par la dilatation forcée de l'utérus (San Moulin). — 1° Dans la pelvi-péritonite non exsudative, la douleur, qui est l'élément dominant, peut être supprimée d'emblée par la dilatation de l'utérus ;

2° Dans la forme exsudative, la dilatation forcée, en libérant la circulation de retour, peut enrayer la marche des tuméfactions péri-utérines et faciliter la résorption des exsudats.

3° Dans le cas d'abcès péri-utérin ou d'abcès pelvien, qui ne sont en général que des kystes des trompes, on peut, en dilatant et curettant la matrice, évacuer leur contenu par le canal utérin ;

4° Dans les cas de septicémie puerpérale, les symptômes septiques disparaissent promptement par ce procédé ; nul autre n'est aussi efficace pour désinfecter complètement la cavité utérine, véritable foyer ou usine à production microbienne ;

5° Les réflexes, tels que les vomissements, etc., sont pour ainsi dire instantanément supprimés par la dilatation forcée du muscle utérin.

Quant à l'innocuité de ce procédé, elle est hors de doute, grâce à l'antisepsie rigoureuse.

234. — Sur la technique des injections d'ergotine, et des précautions à prendre pour les rendre indolores. — L'emploi des injections sous-cutanées d'ergotine est fort répandu dans la pratique gynécologique et obstétricale. Par ce mode d'administration, l'action médicamenteuse se fait sentir avec une prompte énergie, et cette rapidité dans l'action est une des premières conditions demandées aux préparations d'ergotine.

Mais, comme toutes les injections médicamenteuses, les injections d'ergotine sont susceptibles d'être douloureuses, et de causer dans les

tissus une irritation parfois assez violente. Ces phénomènes douloureux et inflammatoires peuvent tenir au micro-organisme en suspension dans la solution, dans quel cas rien n'est plus simple que d'avoir une solution aseptique. Mais cela n'est pas suffisant, car les phénomènes douloureux paraissent ici reconnaître pour cause des produits de décomposition des solutions d'ergotine.

Pour obtenir un véhicule maintenant l'ergot en solution parfaite, on s'est adressé en France à la glycérine, à l'eau de laurier cerise additionnée d'acide lactique, d'acide salicylique, à l'huile de vaseline. En Allemagne, la question vient d'être reprise dans le *Centralblatt fur Gynækologie*, et une vive polémique, fort bien résumée dans la *Gazette médicale* de Paris, s'est établie entre MM. Bumm, Lilienfeld, Engelmann et Schucking.

Pour Bumm, il faut s'abstenir de pratiquer les injections dans la paroi abdominale antérieure et choisir comme lieu d'élection la région fessière. On doit pousser le liquide directement dans la masse des muscles fessiers, et pour cela, enfoncer l'aiguille de la seringue dans toute sa longueur et dans une direction perpendiculaire à la peau. L'ergotine que l'on doit préférer est celle qui a été épurée par voie de dialyse. La solution, comme titre habituel, doit être à 5 % et ne jamais dépasser 10 p % ; elle doit être filtrée, parfaitement limpide et neutralisée par l'addition d'une certaine quantité de carbonate de soude. La solution d'ergotine de réaction neutre est celle qui est la moins douloureuse.

M. Lilienfeld a fait des injections d'ergotine en quantité considérable ; une de ses malades en a reçu, à elle seule, cent quarante. Ces injections n'ont jamais été douloureuses, et cela parce qu'il prépare lui-même sa solution au moment de s'en servir. Il opère le mélange dans la seringue même, avec de l'eau distillée ou de l'eau de fontaine. Cette solution, injectée profondément à la région abdominale latérale ou postérieure, doit être indolore.

M. Engelmann se rallie absolument à l'avis de M. Lilienfeld et les solutions fraîches, préparées au moment de s'en servir, sont encore les meilleures ; il a pu injecter des solutions à 50 p. 100, sans avoir eu de réaction locale fâcheuse. Il suffit de regarder une solution d'ergotine quelques heures après sa préparation, pour voir que le mélange est déjà en décomposition. M. Schucking recommande, comme procédé le meilleur, l'injection d'ergotine pure dans une des lèvres du col utérin.

Si l'on suit avec soin tous les éléments de cet intéressant débat, on reconnaîtra que la façon la plus simple et la plus pratique d'obtenir des injections indolores, est d'avoir recours aux solutions extemporanées, faites profondément dans la masse des muscles de la fesse et de la partie postérieure du tronc.

(*Gaz. des Hôp.*)

***

235. — Traitement de la mastite parenchymateuse et du phlegmon du sein. — Il y a quatre ans, le docteur Loukachévith a communiqué dans *Vratch* les bons résultats qu'il avait obtenus dans le traitement de l'épididymite blennorrhagique aiguë par l'application d'une couche d'argile blanche (des sculpteurs) sur la partie affectée. Cette communication suggéra à M. Maizel l'idée d'essayer le même traitement dans les mastites parenchymateuses et phlegmoneuses. Le résultat fut en effet excellent. Les douleurs se calment très rapidement, la chaleur des parties diminue et, si le traitement est commencé assez tôt, la suppuration ne se produit pas et la résolution survient. Après l'ouverture d'un abcès du sein, l'argile favorise la cicatrisation de l'incision, ainsi que la résolution des indurations qui n'ont pas encore suppuré. Dans ces cas, l'argile est supérieure au bandage amidonné de Kiwisch et aux badigeonnages au collodion (Latour, Sprengel) qui sont douloureux.

Pour faire un pansement à l'argile, on prend la quantité nécessaire de cette substance suffisamment délayée et on en dépose une couche sur une rondelle de calicot ou de gaze assez grande pour recouvrir le sein. Une petite ouverture pour le passage du mamelon est ménagée au centre de la rondelle. On lave bien le sein, on le recouvre d'une pièce de tarlatane molle et on applique ensuite la rondelle enduite d'argile. Le tout est fixé au moyen d'un mouchoir ou de bandes. On renouvelle le pansement deux fois par jour, matin et soir.

Ce même pansement est aussi d'une grande utilité quand il s'agit d'arrêter la sécrétion du lait chez les femmes nerveuses qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent pas allaiter leurs enfants.

L'action de l'argile est double : c'est d'abord une substance qui absorbe beaucoup de chaleur et peut, comme réfrigérant, remplacer la glace ; ensuite l'argile exerce sur le sein une compression douce, mais uniforme et permanente qui favorise la résolution des produits inflammatoires. (*Vratch* et *Bull. méd.*)

***

236. — Traitement du cancer de l'utérus. (M. Barrette.) — On arrive de plus en plus aujourd'hui, et cela est logique, à appliquer au cancer de l'utérus les principes des vastes ablations ; plusieurs erreurs anatomo-pathologiques ont été récemment relevées, et on est devenu plus ferme dans le choix des indications opératoires. Schrœder, Ruge, Bingwanger et Schauta admettaient que le cancroïde du col se propageait d'abord au vagin et à la vessie avant de gagner le corps utérin, et c'est sur cette doctrine que l'on avait édifié les indications de l'amputation sous-vaginale, du col. Eh bien ! si on applique à l'utérus le même raisonnement qu'à la mamelle, il doit être logique que pour un cancer, même peu étendu, on doive enlever tout l'organe malade. D'ailleurs, récemment, Abel (*Soc. de Med. de Berlin*, 1er fév. 1888) a montré que, bien que la muqueuse du corps utérin paraisse saine à l'œil nu, dans la plupart des cas elle est altérée. Cet auteur a examiné sept utérus récemment extirpés par Landau, la muqueuse avait toujours subi une altération sarcomateuse, les glandes étaient profondément détruites et le tissu intermédiaire avait notablement proliféré. Virchow admet que cette prolifération néo-cellulaire d'aspect sarcomateux peut parfaitement subir la dégénérescence cancéreuse.

L'hystérectomie vaginale, comme l'admettent Landau en Allemagne, MM. Demons, Pozzi, Terrier, au dernier congrès de chirurgie (Mars 1888) doit donc remplacer les amputations sous et sus-vaginales du col et donne des résultats d'autant meilleurs qu'elle est faite plus tôt.

Malheureusement, beaucoup de femmes viennent demander conseil au chirurgien, quand déjà il est trop tard ; ou bien les ligaments larges sont envahis, l'utérus est devenu immobile, difficile à abaisser ; ou bien la partie supérieure du vagin est prise ; d'autres fois encore, le volume de l'organe est très considérable, et on ne pourrait l'extirper qu'en le morcelant. Dans tous les cas que nous venons de signaler, il existe des contre-indications opératoires manifestes, on ne peut songer à une extirpation large, totale et facile. Mais faut-il désarmer complètement, et assister en spectateur impuissant et impassible aux souffrances, aux hémorrhagies, aux écoulements fétides produits par l'envahissement progressif du cancer ? Là, plusieurs moyens s'offrent au chirurgien. M. Richelot conseille de décoller,

autant qu'il est possible, l'utérus de la vessie et du rectum en évitant, toutefois, les perforations, puis de réséquer toutes les portions d'utérus malade au niveau de l'extrémité supérieure du décollement ; on gratte ensuite les fongosités restantes, on pince les artères et on tamponne à la gaze iodoformée.

C'est cette opération que l'on a appelée *amputation sus-vaginale irrégulière*. M. Pozzi (Congrès de chirurgie) se montre l'ennemi de cette pratique, et lui préfère l'évidement méthodique à la curette tranchante suivi de la cautérisation ignée.

Le Dr Adrien Pozzi a développé cette méthode dans sa thèse inaugurale. Le curettage de l'utérus cancéreux est une bonne opération palliative qui permet l'abrasion exacte des parties malades, elle désobstrue l'orifice cervical oblitéré par les fongosités cancéreuses. Les hémorrhagies cessent, les douleurs disparaissent, l'écoulement fétide est supprimé, et il n'est pas rare de voir les malades très améliorées reprendre pendant quelque temps leur santé et un bon aspect. Le curettage est une opération réglée qui doit être pratiquée antiseptiquement. Avant l'opération, on nettoie le vagin et l'utérus avec une solution chaude de sublimé à 1 ou 1/2 pour 1000, puis on bourre le canal vaginal avec de la gaze iodoformée. L'opération est ainsi réglée :

1° Vagin maintenu béant à l'aide d'un spéculum univalve, col abaissé autant que possible avec la pince de Museux, lavage antiseptique.

2° Dans les cas de cancer donnant lieu à des hémorrhagies abondantes, ligature préventive des artères utérines à l'aide d'un fil de soie porté par une forte aiguille courbe que l'on enfonce dans le cul-de-sac latéral à deux travers de doigt de l'utérus, sans empiéter sur le cul-de-sac antérieur.

3° Grattage et évidement du col et de la cavité utérine jusqu'aux tissus sains à l'aide d'une forte curette bien tranchante, sous un courant de liquide antiseptique.

4° Cautérisation avec deux ou trois cautères olivaires que l'on promène sur les parties grattées ; lavage.

5° Pansement à la gaze iodoformée que l'on doit renouveler tous les deux jours en faisant chaque fois un lavage antiseptique très soigné.

L'opération du raclage suivie de la cautérisation ignée est actuellement conseillée par un certain nombre de gynécologistes ; elle ne

donne pas d'accidents graves, elle procure une survie notable et, dans la thèse de Pozzi, nous voyons une survie de 2 ans et 1/2 obtenue par trois curettages successifs.

Quant à l'*hystérectomie vaginale*, l'opération de choix du cancer utérin extirpable, nous n'avons pas à faire ici son histoire. Aujourd'hui l'opération est bien connue dans tous ses temps, on discute seulement sur les moyens d'obvier à l'hémorrhagie primitive ou secondaire. Landau, Müller ont récemment montré leurs préférences pour la méthode des fortes pinces ; elle leur paraît remarquable à cause de sa rapidité et de sa simplicité. Pour MM. Demons et Pozzi, la forcipressure à demeure doit être plutôt une méthode de nécessité qu'une méthode de choix ; quand l'utérus s'abaisse très facilement, la ligature est possible et toujours préférable.

L'hystérectomie vaginale pour cancer utérin donne actuellement des résultats assez encourageants. Landau, sur neuf opérations, n'a eu qu'une mort après 48 heures ; deux cancers ont récidivé après six et dix-huit mois ; cinq femmes sont encore très bien portantes. M. Terrier a fait dix-huit fois l'hystérectomie pour cancer : il a eu quatre morts ou 22 % et quatorze succès opératoires. Sur onze cas d'extirpation complète qu'il a pu suivre, il y a eu sept récidives rapides de un à seize mois et il compte quatre succès qui ne se sont pas démentis depuis 3 ans, 2 ans, 1 an. On a donc, d'après lui, 70 % de récidives et 30 % de guérisons. M. Terrier fait utilement remarquer que dans ces cas de guérisons prolongées, la véritable nature maligne de l'affection a été reconnue par l'examen anatomo-pathologique. Cette notion capitale, d'ailleurs, devra absolument entrer en ligne de compte quand on voudra établir une statistique ayant quelque valeur pour comparer les amputations partielles avec les amputations totales de l'utérus.

(*Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*)

237. — Le traitement des éclamptiques intoxiquées. — 1° La femme est en état de grossesse ;

2° La femme est en travail ;

3° La femme est accouchée.

1° *La femme est en état de grossesse.* — L'imminence des crises éclamptiques est démontrée, il ne faut pas hésiter, si la femme est suffisamment vigoureuse, à pratiquer une saignée de 300 ou 400

grammes qui débarrasse d'emblée l'organisme d'une dose considérable de poison. La saignée s'impose encore, même chez une femme anémiée, si l'émonctoire rénal ne fonctionne pas du tout. Un lavement purgatif sera en même temps prescrit, afin de débarrasser l'intestin des substances toxiques non absorbées et de provoquer une saignée séreuse. Mais on se préoccupera surtout des reins ; on instituera d'emblée le régime lacté, on donnera des bains et on emploiera le chloral et même le chloroforme en attendant que l'influence du chloral se fasse sentir.

2° *La femme est en travail.* — Le traitement sera le même ; toutefois, si le chloral paraît insuffisant, il sera indiqué de chloroformer la malade jusqu'à la fin du travail, dont on pourra hâter sans violence la terminaison dès la dilatation suffisante du col. Dans quelques cas exceptionnels, on pourrait être autorisé à activer la dilatation du col, mais l'intervention n'est réellement permise que pendant la période d'expulsion.

3° *Après l'accouchement.* — L'hémorrhagie de la délivrance tenant lieu de saignée, l'on devra se contenter de répondre par le régime lacté à l'indication symptomatique et surveiller de très près, pendant quelque temps, l'accouchée albuminurique, les cas d'éclampsie tardive n'étant pas absolument exceptionnels. Ainsi armé, le médecin sera assez heureux pour empêcher parfois l'apparition des accès éclamptiques. Mais cette action bienfaisante ne lui est pas toujours permise et souvent, au contraire, les praticiens ne sont appelés qu'à l'occasion même de l'attaque éclamptique. Que faire alors ? Un double devoir s'impose : combattre la crise et en empêcher la reproduction.

L'attaque éclamptique se composant de deux périodes, l'une convulsive, l'autre comateuse, il y a lieu de faire encore deux divisions dans l'étude du traitement. Quelques précautions sont à prendre tout d'abord. La femme sera couchée dans le décubitus dorsal et simplement maintenue dans cette position sans violence. Le calme le plus complet sera fait autour d'elle, la chambre sera aérée, les mouvements respiratoires facilités, la langue protégée contre les morsures possibles, puis tous les efforts du médecin devront tendre immédiatement à empêcher le retour de l'accès. Là encore, les indications varieront suivant que la femme aura été prise d'éclampsie pendant la grossesse, pendant le travail ou après la délivrance.

« 1° *Pendant la grossesse.* — Si les crises ont été peu nombreu-

ses, éloignées, avec retour à la connaissance, le chloral suffit et doit être employé par la bouche et le rectum, après lavement purgatif. Si les crises ont été nombreuses, rapprochées, sans retour à la connaissance, le chloroforme s'impose avant tout. L'anesthésie doit être complète, menée très doucement et maintenue assez longtemps pour que le chloral ait eu le temps de s'absorber et puisse remplacer le chloroforme en continuant son action. L'indication symptomatique satisfaite, il faut se préoccuper de l'indication étiologique essentielle et employer la saignée chez les femmes vigoureuses et pléthoriques, quel que soit l'état des émonctoires; la saignée encore, même si la femme est anémiée, si son rein ne fonctionne pas. La saignée ne sera jamais poussée à outrance. On agira sur l'émonctoire intestinal par un lavement purgatif. L'émonctoire rénal sera sollicité par le régime lacté. La déplétion de l'utérus ne devra jamais être tentée.

» 2° *Pendant le travail.* — On devra d'emblée préférer le chloroforme ; puis, la malade étant anesthésiée, on donnera le chloral en lavement. Continuer l'anesthésie jusqu'à la fin de l'accouchement. Surveiller le travail qui se fait d'ordinaire très vite et spontanément, et vider l'utérus aussitôt que possible, mais sans violence. Continuer le chloral et le régime lacté jusqu'à la disparition des signes accessoires de l'éclampsie et jusqu'à la cessation de l'albuminurie.

» 3° *Après l'accouchement.* — Si les crises sont rapprochées, violentes, avec coma long, chloroforme. Si les crises sont espacées, faibles, avec coma court, chloral. Activer les fonctions du rein avec le lait. Inutilité presque absolue des saignées, la perte de sang de la délivrance en tenant lieu et la cessation de la grossesse rendant au rein une perméabilité plus parfaite. »

FORMULAIRE

Traitement des oxyures vermiculaires par les lavements d'huile de foie de morue. (JULES CHÉRON).

Tous les médecins connaissent ces petits vers ascarides dont la longueur est de 2 à 3 millimètres pour le mâle, dont l'extrémité inférieure est enroulée en spirale, et de 8 à 10 millimètres pour la femelle, qui est rectiligne.

Leur siège habituel est le rectum et l'anus, mais ils peuvent se ré-

pandre sur les cuisses et sur la vulve et même pénétrer dans les organes génitaux. Ils déterminent alors un prurit très pénible, que la chaleur du lit exaspère ; aussi est-ce avec raison que Lallemand les compte au nombre des causes les plus importantes de l'onanisme, chez les petites filles, car ils sont très communs chez les enfants.

Ils s'observent quelquefois, quoique beaucoup plus rarement, chez les adultes. Tout dernièrement encore, j'ai eu l'occasion d'en voir un cas à ma clinique, chez une malade de 35 ans environ ; chez cette dernière, les oxyures ne se répandaient pas sur les organes génitaux externes, aussi ne déterminaient-ils aucune démangeaison locale ; mais ils produisaient, par action réflexe, des phénomènes congestifs du côté du petit bassin, des ménorrhagies et des envies très fréquentes d'uriner. L'examen complet des organes génito-urinaires ne permit pas de trouver d'autre cause de ces accidents que la présence des vers intestinaux. Comme j'ai déjà été consulté pour des cas analogues, et que j'ai toujours vu alors les phénomènes dont je viens de parler disparaître à la suite de l'expulsion des oxyures, la pathogénie que j'avance est, à mon avis, indiscutable.

De nombreux moyens ont été proposés pour détruire ces petits vers, très rebelles au traitement, au point qu'on a pu dire que « la cure radicale des oxyures est à peu près inopérable chez les enfants » (Littré et Robin). On a proposé les lavements d'eau froide, salée, vinaigrée, sulfureuse, savonneuse, au nitrate d'argent, au sublimé corrosif, à l'infusion d'armoise, de tanaisie, d'absinthe, de sauge, de valériane, les mèches d'onguent napolitain, les semences de citrouille, etc. Après avoir essayé ces divers modes de traitement avec des résultats très inconstants, je me suis arrêté aux lavements d'huile de foie de morue qui m'ont presque toujours réussi. Je les formule de la façon suivante :

Huile de foie de morue..................	40 grammes.
Jaune d'œuf............................	n° 1
Eau..................................	125 grammes.

Si ce lavement est sans effet, ou si, après plusieurs essais, le résultat n'est pas absolu, j'ai recours aux lavements avec l'huile de foie de morue seule qui, jusqu'à présent, ne m'a donné aucun insuccès.

Directeur-Gérant, D[r] J. Chéron.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — Traitement électrique des fibromes utérins : procédés de Carpenter et de Moritz Benedickt.

II. — Formation d'un vagin artificiel avec greffe de la muqueuse ; utilité de l'électrolyse dans ce genre d'opérations.

I. — J'ai déjà eu plusieurs fois, notamment dans la Revue du n° de février 1888, l'occasion d'insister sur l'avantage du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus et sur la supériorité de la méthode des intermittences rythmées du courant continu, due à mon savant maître, le D[r] J. Chéron. Je n'y reviendrai pas, d'autant plus que nous publions, en ce moment même, sur ce sujet, un mémoire très intéressant de mon excellent ami, le D[r] R. Fauquez, et que j'accepte complètement les conclusions de son travail. Pour aujourd'hui, je me bornerai à analyser les procédés de Carpenter et de Moritz Benedickt, considérant comme un devoir de tenir nos lecteurs au courant de toutes les tentatives rationnelles faites en gynécologie.

Le D[r] Carpenter (1), qui s'est rangé parmi les partisans de plus en plus nombreux du traitement électrique des fibrômes utérins, a employé l'électrolyse avec succès ; mais il insiste, comme l'avait déjà fait M. L. Danion, sur le danger des très hautes intensités préconisées dernièrement. « C'est peut-être audacieux de ma

(1) *Medical Record*, 7 juillet 1888, et *L'Electrothérapie*, octobre 1888.

part, dit-il, mais je désire que l'on comprenne bien que je suis opposé à l'emploi de 250 et même de 200 milliampères, convaincu que cet énorme dosage est capable de déterminer de graves accidents, et convaincu également que d'aussi bons résultats peuvent être obtenus par un bien plus petit dosage. Il faudra peut-être un peu plus de temps pour obtenir le résultat désiré ; la tumeur diminuera peut-être plus lentement, mais le traitement ne causera aucune douleur et les dangers de complications ayant un caractère inflammatoire seront diminués. Je crois qu'une batterie capable de fournir 100 milliampères est très suffisante et que les meilleurs résultats peuvent être obtenus avec ce dosage. » M. Carpenter fait, en outre, débuter le traitement par l'électrisation intra-vaginale avant de passer à l'électrisation intra-utérine.

Une électrode à éponge est appliquée sur le col en employant des intensités de 40 à 60 milliampères, suivant la tolérance de la malade, sans jamais arriver à une dose douloureuse. Trois fois par semaine on fait une séance d'un quart d'heure environ, puis, on arrive aux séances intra-utérines, en débutant par une intensité de 5 à 10 milliampères et la force du courant est réglée d'après la tolérance de la malade.

Il est certain que, formulée ainsi, la méthode de traitement des tumeurs fibreuses par l'électrolyse devient rationnelle et acceptable.

Le procédé de Moritz Benedickt (1) consiste dans l'emploi de *l'acupuncture uni-polaire ou bi-polaire à travers la paroi abdominale*, qui, d'après l'auteur, ne déterminerait aucun accident quand on sait utiliser convenablement le renversement fréquent du courant. Toutes réserves étant faites sur cette question préalable, que je considère comme ayant une importance capitale, voici ce que dit M. Benedickt, dont le manuel opératoire ne me semble pas encore bien nettement précisé :

« Supposons d'abord que nous employions l'acupuncture unipolaire. Lorsque l'aiguille fonctionne comme pôle positif, et qu'elle

(1) Traitement électrique des fibro-myomes utérins. *L'Electrothérapie*, octobre, 1888.

rencontre un vaisseau, il se produira aussitôt une coagulation et le vaisseau sera oblitéré. En plus, par la cautérisation des parois du trajet, celui-ci se trouvera isolé de l'air extérieur par la surface coagulée. Si l'aiguille est trop adhérente au caillot, formé par elle, on devra intervertir le courant, jusqu'à ce qu'elle se laisse retirer sans grande résistance. Le fait que l'aiguille anode est retenue par le caillot formé, prouve que dans celui-ci il existe une attraction centrale, laquelle contribuera à l'oblitération du canal après la sortie de l'instrument. En plus, sur le vivant, on observe que l'élasticité seule des tissus suffit à faire disparaître le trajet de la piqûre.

« Si l'on veut employer l'aiguille comme pôle négatif, il faudra l'enfoncer dans les tissus comme anode pour obtenir la coagulation des hémorrhagies qui pourraient survenir, puis intervertir le courant pour appliquer l'action du pôle négatif. On doit laisser agir l'aiguille pendant un certain temps pour obtenir le ramollissement des tissus avoisinants avant de l'enfoncer plus profondément.

« Chaque fois que vous pousserez l'aiguille plus profondément dans la tumeur, vous aurez soin de le faire au pôle positif. L'intervention (?) même du courant, lorsqu'on emploie des grandes intensités, est désagréable, même douloureuse ; en conséquence, vous ferez bien, avant de renverser le courant, de diminuer l'intensité, pour l'augmenter ensuite graduellement.

« Si l'on veut employer l'acupuncture bipolaire, l'on doit procéder de la même manière ; on commencera toujours par l'application de l'anode, quitte à intervertir après un moment d'action.

« Pour l'acupuncture unipolaire à travers la paroi abdominale, je place l'électrode indifférente sous forme d'une grande plaque recouverte d'agaric sur un autre endroit de la tumeur, en ayant soin de la changer de temps en temps de place pour éviter la cautérisation. On peut aussi employer comme électrode indifférente une sonde introduite dans la cavité utérine, ou une électrode vaginale appuyée sur le col utérin.

« Pour le retrait des aiguilles à la fin de la séance, on procédera de la façon suivante : l'aiguille représentant le pôle positif,

sera retirée la première, puis le courant sera fermé à l'aide d'une électrode placée sur l'abdomen, renversé, et la seconde aiguille aussi retirée, après avoir fonctionné un instant comme anode.

« Quant à l'intensité du courant employé, on peut observer qu'ici, comme pour tous les autres modes thérapeutiques, il n'existe pas de règle générale. En traitement électrique, comme pour les autres, la thérapeutique reste un art, et le praticien devra apprécier la réaction du malade et surtout de l'organe atteint. A côté de la boussole, la sensibilité des malades à l'action du courant, restera l'indicateur le plus important pour l'intensité à employer. En effet, l'expérience nous a appris qu'après chaque séance d'électrolyse ayant occasionné une grande douleur, les symptômes subjectifs ont été non seulement plutôt aggravés qu'améliorés, mais que la réaction aussi avait dépassé les limites désirées. Quant à la durée des séances et à leur fréquence, on devra de même se guider sur l'observation de la malade pendant et après les applications. »

A la fin de son travail, M. Benedickt donne une observation qui ne semble pas démontrer une supériorité évidente de sa méthode sur celle du Dr Chéron, mieux réglée, d'une application plus facile, pour le médecin, plus supportable pour les malades et nullement dangereuse. L'intermittence rythmée du courant continu paraît donc jusqu'ici devoir rester la méthode de choix.

II. — M. Schalita rapporte, dans le *Wratch*, du 8/20 septembre 1888, une observation de vagin artificiel avec greffe de la muqueuse.

D'après l'analyse de la *Semaine médicale*, il s'agit d'une jeune fille de seize ans, dont le vagin mesurait 1 centimètre 1/2 de profondeur et se terminait en doigt de gant du côté de l'utérus, laissant entre cet organe et lui un espace, comme le prouvaient le toucher rectal et le toucher vaginal exercés simultanément. La puberté était venue et le sang menstruel, ne trouvant point d'issue, s'était collecté dans l'utérus, formant ainsi une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant.

Deux tentatives faites pour créer un vagin artificiel étant restées infructueuses, M. Schalita se décida à greffer de la muqueuse sur les parois de la cavité artificielle qu'il avait créée. A la face interne des grandes et des petites lèvres, il coupa cinq bandelettes de muqueuse, longues de 1/2 à 1 centimètre, larges de 3 à 4 millimètres, et, après avoir soigneusement avivé les surfaces et lissé les fragments de muqueuse, il les appliqua, laissant entre eux un intervalle de 2 à 5 centimètres. Pour les maintenir ainsi accolés, il bourra le vagin de gaze iodoformée et d'ouate sublimée, mettant au centre un gros drain dont une extrémité allait jusqu'au col. Immobilité absolue pendant quatre jours et opium à l'intérieur. En enlevant le tampon, le 5e jour, on apercevait des bourgeons charnus au niveau des greffes. La cicatrisation s'est faite peu à peu sans rétrécissement ultérieur.

L'insuccès des premières tentatives est facile à comprendre ; on aurait pu les éviter en pratiquant, dès la création du vagin artificiel, des dilatations progressives et méthodiques à l'aide de l'électrolyse. Ce mode de traitement, très simple et très efficace, mérite d'être rappelé ici; malheureusement, je dois me borner pour aujourd'hui à cette seule indication, la place me faisant défaut pour donner en détail le manuel opératoire de cette dilatation, dont j'ai pu apprécier les remarquables résultats dans deux cas, à la clinique de M. Chéron, et pour laquelle des instruments spéciaux ont été utilisés.

J. B.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

M. le Dr Chéron.

De l'Évolution morbide de la muqueuse du canal cervical (*Suite*).

DOUZIÈME LEÇON

HYPERTROPHIE FOLLICULAIRE DE L'UNE DES LÈVRES DU COL ET ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL PAR ECTROPIONS SUCCESSIFS.

Leçon recueillie par M. Jules Batuaud, interne du service.

Sommaire. — L'hyperthrophie du col présente un grand nombre de variétés. Tout d'abord on doit distinguer : *a*) une hypertrophie en largeur ; *b*) une hypertrophie en longueur.

a) L'hypertrophie *en largeur* est due ordinairement aux ectropions du canal cervical ; c'est le col en clochette ou en champignon déjà décrit.

b) L'hypertrophie *en longueur* peut porter sur les différents segments du col de l'utérus : portion sus-vaginale, portion intermédiaire, portion intra-vaginale. Quelques mots sur ces trois variétés. Comment on les distingue entre elles et comment on les différencie du prolapsus.

L'hypertrophie de la portion vaginale du col est la seule qui se rattache directement à l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical ; elle comprend deux formes qui font l'objet de cette leçon : la première, relativement rare, est l'hypertrophie folliculaire de l'une des lèvres du col décrite surtout par Schrœder ; la seconde, souvent observée, est celle que je vous propose d'appeler *allongement hypertrophique du col par ectropions successifs*. Cette dernière se distingue facilement de l'hypertrophie congénitale du museau de tanche, qu'elle vient compliquer assez fréquemment.

A. *Hypertrophie folliculaire de l'une des lèvres du col.* — On pourrait la considérer comme une des variétés des polypes utéro-folliculaires étudiés dans la précédente leçon ; ce serait, en somme, l'existence d'un gros polype utéro-folliculaire développé non plus aux dépens de la muqueuse de la cavité du col, mais aux dépens de cette muqueuse étalée préalablement, sous forme d'ectropion, sur l'une des lèvres du col. — Exemples cliniques. — Anatomie pathologique. — Pathogénie. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement : excision par divers procédés.

B. *Allongement hypertrophique du col par ectropions successifs.* — Anatomie pathologique des allongements hypertrophiques du museau de tanche, d'après les travaux de Huguier, Bennet, Courty, etc. Intérêt de l'analyse des figures publiées par ces auteurs. L'hypertrophie congénitale et l'hypertrophie acquise. Comment l'hypertrophie acquise se distingue de l'hypertrophie congénitale précisément par les caractères spéciaux des ectropions de la muqueuse du canal cervical. Preuves tirées de la lecture des travaux anciens, de l'observation clinique et de l'examen histologique. Association fréquente de l'hypertrophie congénitale et de l'allongement par ectropions successifs. Observation.

Symptômes : ils dépendent, les uns de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical, et les autres de l'allongement du col. Ces derniers consistent en sensations de pesanteurs, pressions sur le rectum, le périnée et la vulve, dyspareunie, douleurs en s'asseyant, en montant à cheval, douleurs expulsives, etc.

Signes objectifs : longueur exagérée du museau de tanche, ectropions ré-

cents et traces des ectropions anciens, signes de l'endocervicite concomitante.

Diagnostic : avec le prolapsus, l'abaissement, l'hypertrophie de la portion intermédiaire et de la portion sus-vaginale du col.

Pronostic. — Marche, durée, terminaison.

Traitement. — Rôle de l'irritation spinale localisée.

Observations. — Traitement de l'endocervicite, traitement de l'irritation spinale, traitement de l'allongement hypertrophique par l'ignipuncture, les cautérisations à la potasse, au gaz enflammé, etc., par l'excision au moyen de l'écraseur linéaire, de l'anse galvanique ou par l'excision au bistouri (méthode de Sims, méthode de Schrœder).

Avant d'aborder l'étude des différentes variétés d'allongement hypertrophique du col qui se rattachent à l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical, il ne sera peut-être pas inutile de dire quelques mots des diverses espèces d'hypertrophie du col dont vous voyez, tous les jours, des exemples dans le service. Cette revue très rapide aura l'avantage de vous permettre de classer nettement dans votre esprit les cas que vous aurez l'occasion d'observer et de bien délimiter notre sujet.

La classification la plus simple est celle qui range toutes les hypertrophies du col en : 1° hypertrophies en largeur et 2° hypertrophies en longueur.

1° Des *hypertrophies en largeur* je n'ai rien de nouveau à vous dire aujourd'hui, car vous les connaissez tous et vous savez très bien que ce qu'on décrivait sous ce nom, c'était simplement le col en clochette ou en champignon ; c'était le renversement de l'une ou de l'autre des lèvres du museau de tanche par des ectropions du canal cervical. C'est bien là la cause principale de l'hypertrophie en largeur ; vous pouvez y ajouter, comme cause accessoire, la métrite du col et la régression incomplète de celui-ci après l'accouchement.

2° *L'hypertrophie en longueur* est bien connue, surtout depuis le remarquable mémoire de Huguier (1) qui, le premier, en 1859, a démontré ce fait important qu'un grand nombre de cas de soi-

(1) Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus, etc. (Mémoire de l'Académie de médecine, Paris 1859, t. XXIII, p. 279 e Paris, Baillière, 1860).

disant prolapsus de la matrice sont en réalité de simples hypertrophies du col. Il en a distingué avec raison deux variétés principales : l'*hypertrophie de la portion vaginale* qui ne s'accompagne pas d'effacement des culs-de-sac, de prolapsus des parois vaginales ni de cystocèle ou de rectocèle et l'*hypertrophie de la portion sus-vaginale* portant sur la partie du col située au-dessus des insertions du vagin, qui a, pour conséquence forcée, l'abaissement des culs-de-sac et la formation habituelle d'une cystocèle et d'une rectocèle.

On a été encore plus loin dans l'analyse de ces faits si intéressants d'hypertrophie du col, et Schrœder a décrit une troisième variété qu'on observe plus rarement. Vous savez que le vagin s'insère plus bas en avant du col qu'en arrière de celui-ci ou, autrement dit, que le cul-de-sac vaginal antérieur est situé à une hauteur moindre (d'un centimètre environ) que le cul-de-sac postérieur. La portion du col comprise entre ces deux points, qui est par conséquent sus-vaginale en avant et intra-vaginale en arrière, a été dénommée portion intermédiaire; elle peut s'hypertrophier isolément et ainsi se trouve constituée l'*hypertrophie de la portion intermédiaire* du col, laquelle laissera naturellement le cul-de-sac postérieur à sa hauteur normale, mais entraînera un abaissement du cul-de-sac antérieur presque toujours accompagné de cystocèle.

Tous ces cas sont faciles à distinguer les uns des autres, d'après la définition même que je viens de vous rappeler ; ils se différencient également sans peine du prolapsus de l'utérus, puisque, dans le prolapsus, le fond de l'organe est abaissé proportionnellement au degré du prolapsus, tandis que, dans l'hypertrophie de l'une ou l'autre portion du col, le fond de la matrice est toujours retrouvé à la hauteur normale. Il y a bien d'autres signes diagnostiques ; mais, comme celui que je viens de vous indiquer est pathognomonique, vous me permettrez de les passer sous silence aujourd'hui.

L'hypertrophie de la portion vaginale du col est la seule qui se rattache directement à l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical. Elle peut être congénitale ou acquise. *Congénitale*,

elle est, ainsi que nous l'avons vu, une cause fréquente d'endocervicite par rétention des sécrétions utérines, grâce à l'étroitesse et l'inextensibilité de l'orifice externe qu'elle détermine. C'est alors qu'on peut voir bien nettement les ectropions par prolapsus, sans déchirure, dont l'on a essayé de nier récemment l'existence, en s'appuyant sur les recherches d'Emmet,recherches d'ailleurs très intéressantes, mais incomplètes sur ce point spécial qu'il était bon de vous rappeler. Lorsqu'elle est *acquise*, — et alors nous rentrons complètement dans notre sujet, — l'hypertrophie de la portion vaginale peut se montrer sous deux formes : la première, relativement rare, est l'hypertrophie folliculaire de l'une des lèvres du col, décrite surtout par Schrœder ; la seconde, que vous verrez beaucoup plus souvent, est celle que je vous propose d'appeler : *allongement hypertrophique du col par ectropions successifs.* Ce dernier se distingue facilement de l'hypertrophie congénitale du museau de tanche qu'il complique assez fréquemment.

A. — *Hypertrophie folliculaire de l'une des lèvres du col.*

L'hypertrophie folliculaire des lèvres du col, dit Schrœder (1), est constituée par une végétation kystique-glandulaire de cette partie de la muqueuse qui recouvre le sommet des lèvres. Cette définition est un peu succincte, à mon avis, et je crois qu'il est plus net et plus précis de rattacher cette lésion aux polypes utéro-folliculaires étudiés dans notre dernière leçon et de vous dire : l'hypertrophie folliculaire des lèvres du col consiste simplement dans l'existence d'un gros polype utéro-folliculaire, à large base d'implantation, développé, non plus aux dépens de la muqueuse de la cavité du col, mais aux dépens de cette muqueuse étalée préalablement, sous forme d'ectropion, sur l'une des lèvres du col.

Il y a quelque temps, j'ai eu l'occasion de vous montrer une récidive d'ectropion de la lèvre postérieure du col, récidive qui présentait la particularité suivante : au lieu de s'étaler en surface sur la lèvre postérieure comme l'ectropion que nous avions excisé une première fois, celui-ci formait une languette, longue de deux centimètres environ, insérée par une large base sessile sur tout le

(1) Schrœder, loc. cit., p. 153.

pourtour inférieur de l'orifice externe. Il était constitué par la muqueuse du canal cervical contenant des petits kystes glandulaires et sa base, solide et dure, était formée par des fibres musculaires venues du parenchyme du col.

Il est bien évident que, si nous avions laissé cet ectropion polypoïde se développer pendant plusieurs années, il aurait fini par s'étendre, en longueur, jusqu'à atteindre peut-être l'orifice vulvaire et aurait constitué ainsi l'hypertrophie folliculaire des lèvres du col décrite par Schrœder.

Il y a quelques-mois, j'ai été appelé par notre confrère, le Dr Mook, pour enlever un énorme polype utéro-folliculaire, trifurqué à son sommet, dépassant l'orifice vulvaire, large de trois centimètres environ, et possédant un pédicule très dur, d'une largeur d'au moins un centimètre, inséré dans le canal cervical, tout près de l'orifice externe. L'opération présenta quelque intérêt par ce fait que, dès les premières tentatives de torsion, je vis que le col tournait avec le polype. Je dus fixer solidement le museau de tanche, avec une pince américaine, pour faire cette torsion sans danger. La base d'implantation fut ensuite cautérisée au thermo-cautère et la guérison fut rapide. Je vous rappelle ce fait pour que vous ne soyez pas embarrassés dans un cas semblable et ensuite parce que ce polype si volumineux, à large pédicule, différait à peine de l'hypertrophie folliculaire des lèvres du col ; inséré à un demi-centimètre plus bas, il aurait justement pu vous être présenté comme un type de l'hypertrophie que nous étudions.

Ce qui permet cette comparaison, c'est la possibilité de rencontrer simultanément un polype utéro-folliculaire et ce qu'on a dénommé hypertrophie folliculaire ; on voit alors qu'il n'y a, entre ces deux lésions, qu'une différence de point d'implantation de la tumeur ; Schrœder rapporte un exemple de cette association. La pathogénie sera donc, pour nous, la même que pour les polypes utéro-folliculaires et je n'ai, sur ce point, qu'à vous renvoyer à notre dernière leçon.

L'hypertrophie folliculaire peut atteindre des longueurs considérables, jusqu'à pendre entre les cuisses de la malade. Elle pré-

sente des formes très variables et peut être bifurquée ou trifurquée, contenir des cavités kystiques plus ou moins profondes, en un mot, toutes les variétés de composition des polypes utéro-folliculaires. La partie qui sort de la vulve, soumise à des frottements continuels, peut perdre son épithélium cylindrique et se recouvrir d'épithélium pavimenteux simple ou stratifié ; quelquefois même on l'a vue recouverte de lamelles épidermiques épaisses de tissu corné.

Les symptômes en rapport direct avec cette lésion sont relativement minimes. Schrœder dit qu'elle ne présente généralement d'autre symptôme que la leucorrhée, et que c'est seulement lorsque la tumeur arrive à l'orifice vulvaire, que la malade sent le besoin de se livrer à des efforts d'expulsion et qu'elle éprouve une sensation de descente utérine. Ce fait ne saurait vous étonner après tout ce que je vous ai dit de l'importance du canal cervical considéré comme zone réflexogène. Je vous ai soutenu cette théorie que presque tous les symptômes si variés des polypes muqueux étaient sous la dépendance de l'irritation du canal cervical. L'hypertrophie folliculaire se développe lentement en dehors de ce canal, il est donc naturel qu'elle trouble peu la santé et que tout se borne à une leucorrhée plus ou moins gênante, et peu abondante lorsque la malade prend les soins de propreté habituels.

Le diagnostic est facile et ressort de la description qui précède. Quant au traitement, le seul rationnel est l'excision par les procédés divers que nous aurons à passer en revue à propos de l'allongement hypertrophique par ectropions successifs.

(A suivre.) (1)

---

(1) *Note de la rédaction* : L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro la fin de cette leçon, de même que la suite du mémoire de M. le Dr Grall sur les ovarites suppurées.

DU TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

par l'intermittence du courant continu,

Par le docteur R. FAUQUEZ, médecin adjoint de Saint-Lazare.

(*Suite ; voir le précédent numéro.*) (1)

—

I. — ***Fibrômes multiples sous-péritonéaux et sous-muqueux ayant déterminé une augmentation considérable du volume de l'utérus qui a envahi la totalité de la cavité abdominale et vient atteindre la face inférieure du foie et la vésicule biliaire. — Hémorrhagies abondantes. — Crises de vomissements bilieux. — Anémie profonde.***

Mme R...., âgée de 46 ans, couturière, se présente à ma consultation en juillet 1886.

Elle n'a aucun antécédent héréditaire. Elle a été réglée à 13 ans 1/2, toujours régulièrement, très abondamment et sans douleurs vives. Mariée à 22 ans, elle n'a jamais eu d'enfant ni de fausses-couches. Il y a sept ans environ, elle s'aperçut que son ventre augmentait de volume et commença à éprouver une sensation de lourdeur dans le petit bassin et de la difficulté à marcher. La station debout était également très pénible et elle ressentait une sorte d'engourdissement dans les membres inférieurs. En même temps survinrent des règles de plus en plus abondantes.

La répugnance, à laquelle obéissent beaucoup trop souvent les malades, qu'elle éprouvait *à se faire voir à un médecin* lui fit supporter, pendant cinq ans, cette augmentation progressive du ventre et les hémorrhagies menstruelles qui devinrent de plus en plus sérieuses et commencèrent à ébranler fortement sa consti-

(1) Une erreur de typographie a fait supprimer, dans le mémoire du Dr Fauquez les phrases importantes, que nous reproduisons ici : « Dans le circuit, se trouve intercalé un galvanomètre d'intensité, gradué en milliampères qui indique l'intensité du courant employé. L'intensité de l'intermittence se juge par l'intensité, en milliampères, du courant qui fournit cette intermittence. Elle doit varier, suivant la tolérance de la malade, de 25 à 60 milliampères. Les plus faibles intensités sont employées au début du traitement et progressivement on augmente la force du courant. »

tution, excellente jusqu'au moment où ces troubles se déclarèrent dans sa santé.

Les symptômes s'étant aggravés avec une rapidité inquiétante et les ménorrhagies, ayant peu à peu fait place à des métrorrhagies presque continues, elle se décida à consulter un médecin de son quartier qui, ayant diagnostiqué (le cas ne pouvait prêter à aucune hésitation) une tumeur fibreuse, la traita par les injections sous-cutanées et les suppositoires d'ergotine. Il obtint, pendant quelques mois, une légère diminution des métrorrhagies, puis elles reprirent de plus belle et la médication par l'ergotine ne donna plus aucun résultat.

Pendant ce temps, le ventre augmentait de volume et la masse fibreuse avait pris de telles proportions qu'un chirurgien, consulté à ce sujet, déclara que toute opération était impossible, à cause du volume considérable de la tumeur. Les injections d'eau très chaude à 45 ou 48 degrés et l'iodure de potassium furent ordonnés ; on revint à l'ergotine, tout cela sans résultat sensible. Et la tumeur augmentait toujours et les métrorrhagies continuaient à épuiser la malade.

C'est dans ces conditions que je vois Mme R.... A ce moment, la masse fibreuse a envahi toute la cavité abdominale et remonte jusque sous la face inférieure du foie. Depuis deux mois la malade a de fréquents vomissements bilieux que j'attribue à la compression que la tumeur exerce sur le foie et sur la vésicule biliaire. Elle est très anémiée et a le teint jaunâtre. Elle vient d'avoir une métrorrhagie qui a duré sept semaines, presque sans interruption, avec des intermittences de diminution et de recrudescence. Il y a cinq jours que la perte a cessé et elle est en proie à une grande faiblesse. Elle a des essoufflements, au moindre mouvement, des tournements de tête. L'auscultation du cœur fait entendre un souffle anémique des mieux caractérisés, très intense, avec propagation dans les vaisseaux du cou.

Assez bon appétit, digestions lentes et difficiles, gonflements d'estomac, chaleurs et rougeurs au visage et envies de dormir après les repas, constipation et envies fréquentes d'uriner.

Au palper abdominal, on sent une masse irrégulière, dure

occupant tout l'abdomen et remontant, à droite, jusque sous les fausses côtes. Elle présente une surface bosselée, sillonnée d'anfractuosités démontrant l'existence de plusieurs fibrômes sous-péritonéaux. Cette masse est tellement immobile qu'il est impossible de lui imprimer le moindre mouvement. La pression, surtout à sa partie supérieure, est extrêmement douloureuse.

Au toucher, le vagin est envahi par une masse dure sur laquelle il n'est pas possible de déterminer l'existence d'un col, tellement ce dernier est effacé. En portant le doigt profondément en arrière, on sent l'orifice du col entr'ouvert. Les culs-de-sac sont à peine perceptibles.

La sonde utérine ne pénètre qu'à 6 centimètres et on sent qu'elle vient buter contre un corps dur qui comble une partie de la cavité utérine, ce qui dénote l'existence d'un fibrôme sous-muqueux.

Le spéculum, dont l'introduction est très difficile et très pénible, ne permet pas de voir l'orifice du col refoulé en arrière.

Aussitôt après cet examen, qui ne laissait aucun doute sur le diagnostic, j'ordonne l'usage des toniques et des reconstituants ; je cherche à modifier l'état des voies digestives en favorisant la digestion et en combattant la constipation et je commence le traitement par les intermittences du courant continu. J'applique dans le vagin, le plus profondément et le plus en arrière possible, l'électrode positive représentée par une tige métallique dont j'ai donné la description et que je suis obligé de maintenir avec la main, à cause du peu de profondeur à laquelle elle a pu pénétrer, tellement le vagin est raccourci par la masse qui l'envahit.

Je place sur l'abdomen, au niveau de l'ombilic, l'électrode négative sous forme d'une plaque recouverte de peau de chamois et je mets en mouvement le balancier de l'appareil régulateur des intermittences, réglé à une intermittence par seconde.

Pour obtenir une secousse suffisante, je suis obligé d'avoir recours à une force électrique assez considérable, capable de traverser cette masse volumineuse qui présente une grande résistance. Cependant, je ne chercher à obtenir qu'un choc modéré, afin d'habituer progressivement la malade au traitement que des

secousses violentes, au début, rendraient douloureux par suite des tractions trop vives sur les adhérences que la tumeur a dû contracter avec les organes voisins.

J'emploie un courant qui serait représenté, en courant continu, par 25 milliampères.

La malade supporte bien cette première séance, d'une durée de 10 minutes. Les applications sont renouvelées trois fois par semaine. J'augmente progressivement la force du courant et j'arrive à employer un courant d'une intensité de 60 milliampères environ : durée des séances, de 15 à 20 minutes. Dès le deuxième mois du traitement, toute métrorrhagie cesse et la malade reste 21 jours sans perte de sang. A ce moment les règles apparaissent, durant 12 jours, avec une assez grande abondance. Après cette période, le traitement est repris. Un intervalle de 25 jours sans apparition d'une seule goutte de sang, puis nouvelles règles, de 12 jours de durée, mais moins abondantes que les précédentes.

Pendant cinq à six mois, les règles continuent à intervalles réguliers de 25 à 28 jours, mais sans grande diminution de quantité. Cependant, l'absence de métrorrhagies permet à la malade de se refaire. Elle voit disparaître peu à peu les essoufflements; le soufle anémique diminue, la peau du visage se colore; elle revient rapidement à la santé. La tumeur diminue sensiblement de volume; elle devient mobile. Les anfractuosités qui séparent les masses bosselées deviennent plus distinctes. La malade se sent moins alourdie; les engourdissements dans les membres inférieurs cessent. L'abondance des règles diminue peu à peu et, au bout d'un an, les applications électriques n'ont plus lieu que deux fois par semaine.

Aujourd'hui, après deux ans et trois mois de traitement, la tumeur fibreuse est tellement diminuée de volume que la malade peut porter un corset et s'habiller comme tout le monde. Le niveau qu'elle atteint est encore élevé ; elle remonte à un travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic ; mais, en comparaison de ce qu'elle était au début du traitement, on peut considérer cette diminution comme considérable. Il faut songer aussi que cette tumeur a diminué en largeur aussi bien qu'en hauteur.

Le dernier mot n'est, du reste, pas encore dit, et la continuation du traitement, auquel la malade tient essentiellement, ne fera qu'accentuer encore l'amélioration acquise.

Les règles, qui apparaissent tous les 28 jours, durent de 5 à 7 jours modérément abondantes.

La malade a bonne mine, marche avec facilité et ne se plaint plus que rarement de ses engourdissements dans les membres inférieurs.

II. — *Fibrôme sous-muqueux. — Hémorrhagies extrêmement abondantes. — Anémie profonde. — Cas désespéré.*

Mme S..., âgée de 41 ans, réglée à 14 ans, toujours avec de légères avances de 2 à 4 jours, et abondamment, possède une excellente constitution. C'est une grande et belle femme, mère de trois enfants dont deux vivants.

Il y a cinq ans, elle a commencé à constater l'augmentation de volume de son ventre; peu après, les règles sont devenues de plus en plus abondantes et sont arrivées assez rapidement à constituer des ménorrhagies graves.

Elle a été traitée pendant plus de deux ans, sans résultat, par l'ergotine sous toutes ses formes et par les eaux de Salies qui ont eu pour effet de diminuer momentanément la faiblesse que lui causaient ses pertes de sang considérables, mais qui n'ont eu aucune action sur les hémorrhagies utérines ni sur le volume du fibrôme. Malgré tous les traitements qu'elle a suivis, la tumeur continuant son mouvement de croissance, les hémorrhagies augmentaient d'une façon inquiétante et la malade dépérissait tous les jours.

Plusieurs médecins et chirurgiens, séparément ou réunis en consultation, avaient déclaré, vers le milieu de l'année 1886, qu'il ne fallait pas songer à une opération quelconque, la malade, à cause de sa faiblesse et de son anémie extrêmes étant dans l'impossibilité absolue de la supporter. Les uns avaient conseillé les injections d'eau chaude, les autres les injections d'eau froide et l'usage de l'ergotine. On comptait sur la ménopause pour mettre fin à ses hémorrhagies. Mais, pour arriver à la ménopause. il lui

fallait attendre peut-être dix ans encore et elle sentait bien qu'elle ne pourrait aller jusque-là, dans les conditions où elle se trouvait.

C'est alors qu'elle reçut indirectement d'un confrère, M. Gaillard (de Chatou), qui avait assisté aux cliniques de la rue de Savoie, le conseil de demander une consultation à Chéron qui ordonna immédiatement le traitement par les intermittences du courant continu et qui voulut bien me charger de l'application de ce traitement et me confier entièrement le cas de cette intéressante malade.

Mme S..., lorsque je la vis pour la première fois, en août 1886, était dans la situation suivante : Je trouve une malade étendue sur une chaise longue qu'elle ne quitte que pour aller se remettre au lit et réciproquement, avec défense absolue de tenter de marcher, de crainte de provoquer une syncope mortelle. L'appétit est absolument nul, les digestions lentes et difficiles. Le teint est d'une pâleur effrayante ; c'est la véritable coloration de la cire. On sent que, sous cette peau, le sang fait défaut. Le pouls est petit et dépressible. Je constate, toutes les cinq à six pulsations, une intermittence qui me donne une idée de l'état d'épuisement du cœur et de la faiblesse de la tension vasculaire.

La malade vient de terminer la période des règles qui durent habituellement de 12 à 14 jours, pendant six jours surtout avec une abondance extrême. La garde-malade, en m'indiquant le nombre des linges salis et en me montrant la façon dont ils sont imprégnés de sang, me permet de me rendre compte de la quantité énorme de sang perdu par la malade.

Les règles reparaissent tous les 20 à 21 jours. C'est donc seulement une période de repos de 8 jours à peine, pendant laquelle elle a une perte continue de sérosité épaisse, mais sans aucune odeur ; l'intervalle entre les ménorrhagies est évidemment trop court pour permettre à la malade de réparer ce qu'elle a perdu, et c'est ainsi que son état s'aggrave de jour en jour.

Elle a de fréquentes envies d'uriner, de la tendance à la constipation. Le sommeil est agité.

L'examen microscopique du sang à l'hématimètre d'Hayem et Nachet donne :

Nombre des globules rouges............... 3.069.000
Richesse globulaire exprimée en globules sains.. 1.982.062
Valeur individuelle et moyenne d'un globule... 0.645

Au palper abdominal, je constate que l'utérus, envahi par une tumeur volumineuse, remonte au niveau de l'ombilic. La masse dure est assez sensiblement rejetée à droite et remplit la fosse iliaque correspondante. La pression est très sensible à son niveau.

Au toucher vaginal. Le col est en grande partie effacé, largement entr'ouvert, donnant au doigt la sensation d'une muqueuse saine; il n'a ni déchirure, ni renversement des lèvres. Les culs-de-sac sont libres et très profonds, le postérieur surtout, que le doigt a de la peine à atteindre complètement.

Le palper abdominal combiné avec *le toucher vaginal* permet de constater que l'utérus est mobile en tous sens, mais très lourd à déplacer.

Au spéculum. Le col est effacé, très entr'ouvert, du reste, d'aspect sain. La sonde utérine est arrêtée par une masse dure contre laquelle elle vient buter à 7 centimètres de profondeur.

Etant donné l'état de la malade et son impossibilité de bouger, je fais installer, chez elle, une batterie portative de Gaiffe au bioxyde de manganèse et chlorure de zinc, de 60 éléments, avec un rhéostat et un appareil régulateur des intermittences et je commence, quelques jours après ma première visite, l'application du traitement.

Intermittences à une seconde d'intervalle; 30 milliampères me donnent un choc modéré, suffisant pour un début. Durée de l'application, 12 minutes. Je renouvelle ces applications trois fois par semaine. J'augmente progressivement la violence des chocs, que je règle surtout d'après la tolérance de la malade, et la durée des séances, que je porte jusqu'à 15 et 20 minutes.

Aucune fatigue pour la malade, qui déclare se trouver plus à l'aise et plus forte après chaque application. J'arrive à employer 60 milliampères.

Je complète le traitement par les injections d'eau à 45°, matin et soir; vin de quinquina et teinture de noix vomique, frictions sédatives sur la région des reins.

Lorsque le 5e jour des règles est arrivé, je fais reprendre les injections d'eau chaude additionnée d'une cuillerée à café de perchlorure de fer par litre d'eau.

Après deux mois de traitement, j'obtiens une diminution notable de la tumeur et surtout de la quantité de sang émise à chaque période menstruelle, et Mme S..., qui habite, à Passy, un petit hôtel avec jardin, peut descendre prendre ses repas avec sa famille et faire quelques pas dans le jardin, quand le temps le permet. L'appétit et les forces reviennent peu à peu.

L'automne venu, elle revient dans le centre de Paris et l'amélioration, lente, il est vrai, mais progressive, se poursuit sans jamais le moindre retour en arrière.

Au printemps de 1887, la malade est assez bien pour aller s'installer à Saint-Germain, dans une situation magnifique où elle respira à pleins poumons un air vivifiant.

L'examen du sang à ce moment donne :

Nombre de globules rouges.....................	3,441,000
Richesse globulaire exprimée en globules sains...	2,342,437
Valeur individuelle et moyenne d'un globule......	0,680

Je continue le traitement comme à Paris.

Les forces, l'appétit, le bon teint reviennent à grands pas, les ménorrhagies ont fait place à des règles abondantes, de six à sept jours de durée et ne revenant plus qu'à intervalle de 25 jours.

La malade fait, tous les jours, deux ou trois promenades.

C'est ainsi qu'elle atteint le mois d'octobre et songe au retour à Paris.

Au moment où elle se dispose à partir, un excès de marche et très probablement un refroidissement qu'elle éprouve, pour être restée trop tard dans le jardin, provoque des crises de névralgie lombo-abdominale des plus violentes qui éclatent brusquement. Appelé en toute hâte, j'ordonne des frictions calmantes, de l'antipyrine, des injections sous-cutanées de morphine qu'un confrère de Saint-Germain veut bien se charger de faire quand les douleurs seront trop vives.

Après trois jours de ces crises douloureuses, je constate, en

pratiquant le toucher, l'existence d'une masse dure un peu bosselée qui dilate le col et s'engage entre ses lèvres. Cette masse progresse peu à peu, et le quatrième jour après ma première constatation, la dilatation était suffisante pour qu'on pût nettement sentir que le col de l'utérus donnait passage à une tumeur dont je peux évaluer la dimension à celle d'une orange.

Ne doutant pas que la malade va accoucher de son fibrôme, je reviens, le lendemain, avec les instruments nécessaires pour faire la section du pédicule et extraire la tumeur, lorsque, à ma grande stupéfaction, je ne trouve plus rien. La tumeur, dans l'espace de 24 heures, était remontée dans l'utérus et le col ne présentait plus qu'une dilatation à peine suffisante pour admettre le bout du doigt.

La malade était extrêmement épuisée par les douleurs et par le travail qu'avait accompli son utérus. L'appétit avait complètement disparu ainsi que le sommeil, elle avait des pertes muco-purulentes très odorantes ; j'avais, du reste, dès la constatation de la dilatation du col, fait pratiquer des irrigations vaginales antiseptiques au sublimé à 1/2000. Ne voulant pas accepter seul la responsabilité de l'expectation ou d'une intervention chirurgicale, j'exprime le désir d'appeler en consultation un chirurgien. M. S... choisit un de nos plus éminents opérateurs qui avait vu autrefois la malade et qui, repoussant toute idée d'opération, se prononce formellement en faveur de l'expectation et de la continuation du traitement. C'était exactement mon avis. Je reprends donc l'électrisation. Tout rentre peu à peu dans l'ordre.

Avec des injections sous-cutanées d'éther, je relève les forces de la malade qui se remet d'autant plus promptement que ce commencement d'expulsion de la tumeur n'a été accompagné d'aucun écoulement sanguin et n'a eu aucune action sur les règles qui se produisent à l'époque exacte sans augmentation de quantité ni de durée. Un mois après cette crise, je peux ramener, avec les plus grandes précautions, ma malade à Paris.

Elle a passé un excellent hiver, il ne s'est reproduit aucune tentative d'expulsion et l'amélioration a continué à marcher progressivement.

Mme S. fait des promenades à pied et en voiture, monte des étages, sans fatigue, jouit d'un excellent appétit et dort à merveille. Elle prend, depuis plusieurs mois, chose qu'on n'avait jamais osé faire autrefois, du proto-chlorure de fer de Rabuteau qu'elle tolère parfaitement et qui contribue à la fortifier. Elle a passé une partie de l'été à la campagne et est allée passer, en octobre, trois semaines à Arcachon. Elle a supporté sans la moindre fatigue ces deux longs voyages en chemin de fer.

L'électrisation a été suspendue pendant son absence de Paris, c'est-à-dire, pendant 3 mois environ ; les règles sont restées régulières et il n'y a eu aucune tendance, du côté de la tumeur, à une reprise de son ancien volume. L'amélioration obtenue dans l'état de la malade est donc bien acquise.

Aujourd'hui, la tumeur, extrêmement réduite de volume, dépasse le pubis de deux travers de doigt à peine, ce qui permet à Mme S.... de porter un corset, des corsages à taille, de s'habiller, en un mot, comme toutes les femmes, chose qu'elle ne pouvait plus faire depuis des années. Les règles viennent tous les 28 jours et l'écoulement sanguin, des plus modérés, dure de 4 à 5 jours.

La dernière analyse du sang a donné :

Nombre de globules rouges....................	3,906,000
Richesse globulaire exprimée en globules sains.	3,243,375
Valeur individuelle et moyenne d'un globule..	0,830

L'état de santé actuel de la malade peut être, à bon droit, qualifié de guérison. La tumeur n'a pas disparu et ne disparaîtra jajamais entièrement, mais elle est assez réduite pour ne plus causer aucune gêne, et les hémorrhagies n'existent plus.

III. *Fibrôme interstitiel situé dans la paroi antérieure de l'utérus, au niveau de la jonction du corps et du col, ayant entraîné un premier avortement provoqué au* 4[me] *mois de la grossesse* ; *un second avortement au* 5[me] *mois. — Réduction de volume par le traitement électrique, suffisante pour permettre la terminaison d'une troisième grossesse par l'accouchement à terme facile et rapide d'un enfant vivant, malgré la conti-*

nuation du traitement jusqu'au sixième mois de la grossesse.

Mme B...., âgée de 33 ans, réglée à 13 ans, régulièrement et normalement au point de vue de l'abondance, a toujours joui d'une excellente santé. Elle est mariée depuis quatre ans. Elle se présente à ma consultation au mois de septembre 1885, ayant subi, six semaines auparavant, un avortement provoqué, au 4me mois de la grossesse, à cause de l'existence d'une tumeur fibreuse située dans la paroi antérieure de l'utérus au niveau de la jonction du corps et du col et qui aurait rendu impossible l'accouchement à terme.

La constatation de l'existence de ce fibrôme avait été faite par Chéron qui avait déclaré l'accouchement à terme impossible et conseillé : d'abord l'avortement, après avis préalable d'un accoucheur, et ensuite les applications des intermittences du courant continu, dont il me confia la direction.

L'avortement a été provoqué par un de nos plus habiles accoucheurs des hôpitaux qui a eu la plus grande difficulté à mettre le col à découvert et à introduire la sonde en gomme dont il se sert pour cette opération, tellement le col repoussé en arrière par la tumeur était peu accessible. Au bout de huit jours, avait eu lieu l'expulsion de l'embryon, mais avec beaucoup de douleurs et de difficultés. Il était même sorti par fragments, ainsi que le placenta. Grâce aux lavages et aux soins antiseptiques minutieux, tout s'était bien terminé.

La malade ne s'est jamais aperçue de l'existence de ce fibrôme et c'est, par hasard, en allant consulter Chéron pour quelques troubles du début de la grossesse, qu'elle a permis à ce dernier de la constater. Elle n'a jamais eu de ménorrhagies ni de métrorrhagies.

Elle a un excellent appétit, digère bien, et a des selles régulières. Elle se plaint seulement d'envies fréquentes d'uriner et de pesanteur dans le bas-ventre qui rendent la marche pénible. Elle se fatigue pour la moindre petite course. Bon sommeil. — Presque jamais de pertes blanches.

Au palper abdominal, je constate que l'utérus est augmenté

de volume. Il dépasse le pubis de deux travers de doigt. On sent qu'il est repoussé en masse en arrière, en *rétroposition*. Il y a une assez grande sensibilité à la pression, au niveau du fond de l'utérus, ce qui s'explique, car il faut, en raison de la rétroposition, déprimer fortement la paroi abdominale pour sentir l'utérus.

Au toucher vaginal, on sent le col très gros et très porté en arrière et il faut introduire le doigt très profondément, dans le cul-de-sac postérieur, pour atteindre l'orifice du museau de tanche. Le cul-de-sac antérieur est effacé, comblé par une masse dure et résistante qui fait nettement corps avec l'utérus.

La face antérieure du col est aussi très indurée, particulièrement à la base.

Au palper abdominal, combiné avec le *toucher vaginal*, on constate l'immobilité presque complète de l'utérus.

Au spéculum, il est impossible d'avoir le col entièrement dans le champ de l'instrument.

Le cul-de-sac antérieur résiste et ne permet pas de faire basculer l'utérus. Ce qu'on en aperçoit suffit pour faire reconnaître qu'il est sain, sans ectropion ni ulcération, mais qu'il a la coloration violacée caractéristique de la congestion.

L'hystéromètre est arrêté au niveau de l'orifice interne du col par une masse dure qu'il est impossible de lui faire franchir.

J'applique l'électrode positive dans le vagin en la guidant avec le doigt de façon à ce qu'elle se place en avant du col, dans le cul-de-sac antérieur, exactement en contact avec la tumeur. Je place la plaque, électrode négative, sur l'abdomen, et je commence les intermittences, réglées à intervalles d'une seconde. Une assez grande sensibilité de la malade m'oblige à n'employer qu'un courant faible et à n'obtenir, par conséquent, que des chocs très doux. Trente milliampères au début sont suffisants. Je porte peu à peu l'intensité à 60 milliampères, je fais suivre chaque application d'un pansement décongestionnant à la glycérine boriquée.

Application des intermittences trois fois par semaine.

Au bout de trois à quatre mois de traitement, il y a une amélioration très sensible. Mme B... marche plus facilement, se fati-

gue beaucoup moins, éprouve moins de pesanteur dans le bas-ventre. Le col se place plus facilement dans le spéculum.

Sur la demande de la malade, je ne fais les applications électriques que deux fois par semaine. L'amélioration continue progressivement.

Au commencement du mois d'août 1886, Mme B... me fait part de ses inquiétudes. Elle a un retard de près d'un mois dans ses époques. Elle ne m'en a pas parlé plus tôt, espérant que ce n'était qu'un retard, mais elle éprouve certains troubles qui ne lui permettent guère de douter qu'elle commence une nouvelle grossesse. Je continue encore le traitement pendant quatre semaines environ, mais les symptômes de la grossesse s'accentuant, je cesse.

Mme B... vient me voir de temps en temps et, vers la fin de novembre, elle commence à percevoir les premiers mouvements du fœtus. Je l'engage à aller voir mon confrère qui avait pratiqué le premier avortement, et ce dernier me donne rendez-vous pour le 7 décembre.

Il trouve l'application du spéculum et l'introduction de la sonde sensiblement moins difficiles que la première fois et constate que l'utérus est beaucoup plus mobile.

L'avortement a lieu quatre jours après, sans grandes douleurs, et le fœtus est expulsé en entier avec le placenta.

Après six semaines de repos au lit et à la chambre, je reçois de nouveau, vers le 25 janvier 1887, la visite de ma malade qui, ayant la preuve évidente de la diminution notable de sa tumeur, a le plus grand désir de continuer le traitement ainsi que je le lui avais conseillé.

Le col est moins difficile à atteindre encore et se place de mieux en mieux dans le spéculum. L'utérus est plus mobile et la sonde utérine peut pénétrer, en décrivant une forte courbe à concavité antérieure, à 7 centimètres 1/2 dans sa cavité.

Je recommence donc les applications des intermittences. J'emploie jusqu'à 60 à 80 éléments de ma pile et j'arrive à donner des chocs puissants que la malade supporte très bien. Nous allons ainsi jusqu'au mois de septembre 1887, avec une amélioration croissante.

Le col se présente avec facilité dans le spéculum ; la pesanteur est presque nulle et la marche est devenue très facile, permettant à Mme B... de faire de longues courses sans la moindre fatigue.

Vers la fin du mois, nouvel aveu d'inquiétudes au sujet d'un nouveau retard de règles.

Continuation du traitement.

Je décide, d'accord avec la malade que, puisqu'il faut en arriver, chaque fois, à provoquer un avortement, je continuerai les applications des intermittences sans m'inquiéter de ce qui pourra arriver. Si les chocs violents imprimés à l'utérus arrêtent le développement de l'embryon, l'atrophient comme ils atrophient la tumeur, ou bien si, après un certain degré de développement, ils provoquent l'expulsion de cet embryon, nous ne courons aucun risque, puisqu'il faut toujours en venir à un avortement.

Je continue donc et, au bout de 4 mois 1/2, le ventre s'étant développé normalement, les premiers mouvements du fœtus se font sentir. Trouvant l'utérus beaucoup plus mobile, le cul-de-sac antérieur beaucoup plus dégagé, le col plus accessible, je pousse jusqu'au sixième mois.

A ce moment, je conseille à ma malade de revoir son accoucheur qui constate l'amélioration accomplie dans l'état de Mme B... et qui, approuvant ma manière de voir, conseille d'aller jusqu'au septième mois, espérant fermement que la réduction acquise de la tumeur permettra d'avoir un enfant viable, susceptible d'être conservé, grâce à la couveuse artificielle.

Devant cette espérance et dans la crainte que les chocs produits par les intermittences n'aient un effet contractile trop puissant sur un fœtus arrivé aux deux tiers de son développement, sur le placenta ou sur l'utérus, je crois prudent de cesser les applications électriques.

La malade vient me voir une fois par semaine, afin que je puisse suivre la marche de cette grossesse. Au septième mois, nouveau conseil de l'accoucheur d'attendre le huitième. Au huitième mois, d'attendre le neuvième.

Enfin, le 27 mai, Mme B... met au monde une belle petite fille, dans les conditions les plus normales, après 3 heures de grandes

douleurs, au grand étonnement de mon confrère et de moi-même qui m'attendais à voir un accouchement long et douloureux.

L'enfant était superbe et n'avait nullement souffert des chocs violents qui avaient ébranlé l'utérus pendant les six premiers mois de la grossesse.

Après six semaines de repos, j'ai revu Mme B... complètement remise de son accouchement. L'utérus est mobile, en bonne voie de régression. Le col est un peu déchiré à la commissure gauche. On sent encore, dans la face antérieure, le fibrôme très réduit qui ne cause plus à la malade ni gêne, ni fatigue.

Trois mois après l'accouchement, il semble que le fibrôme ait participé à la régression de l'utérus, car il devient de moins en moins perceptible.

Je fais encore quelques applications éloignées du traitement, non point dans l'espoir de faire disparaître complètement la tumeur, mais afin d'obtenir une réduction aussi grande que possible, car ma malade, entrée maintenant, d'une façon si heureuse et si inespérée, dans la voie de la maternité, a bien l'intention de ne pas s'en tenir là.

Ce dernier cas démontre, de la façon la plus évidente, non seulement l'action puissante des intermittences du courant continu sur la réduction des fibrômes utérins, mais encore l'innocuité de ce moyen thérapeutique qui a permis d'imprimer à l'utérus des chocs violents, pendant les six premiers mois de la grossesse, sans porter atteinte ni au développement, ni à la vitalité du fœtus, ni à la durée de la gestation.

Il résulte de ce qui précède :

1° Que les courants continus de basse tension, les seuls que nous ayons dû employer, n'ont aucune action sur la diminution du volume des fibrômes utérins, ni sur l'arrêt des hémorrhagies qu'ils augmentent et dont ils favorisent même l'apparition.

2° Que les courants induits ne sont pas applicables à cause de l'excitation du système nerveux et des sensations douloureuses qu'ils provoquent.

3° Que les *intermittences du courant continu* sont facilement

supportées par les malades et produisent la réduction du volume de la tumeur et l'arrêt des hémorrhagies. Les intensités qui sont nécessaires pour obtenir ce résultat varient de 25 à 60 milliampères.

4° Que ce mode d'électrisation, ainsi que l'a démontré Jules Chéron, agit en diminuant la nutrition du fibrôme, en dégorgeant l'utérus, en s'opposant à l'accumulation des liquides et en décongestionnant l'appareil utéro-ovarien, grâce au rétrécissement du calibre des vaisseaux dû aux contractions des fibres lisses de l'utérus et des parois vasculaires et au massage périphérique et interstitiel que provoquent les intermittences.

5° Que les opérations, telles que l'hystérectomie vaginale ou abdominale, dont les statistiques sont peu encourageantes, peuvent être avantageusement suppléées par l'application des intermittences du courant continu, de même que la castration, moins meurtrière, il est vrai, mais dont l'influence sur l'arrêt des métrorrhagies, c'est-à-dire des pertes en dehors de la période des règles, et sur la diminution du volume des fibrômes n'est pas encore suffisamment démontrée.

6° Que, dans un grand nombre de cas où les fibrômes utérins sont jugés inopérables, à cause de leur volume considérable ou des adhérences qu'ils ont contractées avec les organes voisins, ou à cause de l'état de faiblesse et de dépression provoqué par les hémorrhagies, les intermittences du courant continu sont susceptibles d'arrêter les hémorrhagies, de diminuer le volume de la tumeur et de permettre le retour de la santé.

7° Que, dans les cas où la situation du fibrôme rend l'accouchement à terme impossible et nécessite l'avortement provoqué, les intermittences du courant continu produisent une diminution de la tumeur suffisante pour permettre à la grossesse de s'effectuer et de se terminer dans les conditions normales.

8° Que, malgré leur puissance d'action, les intermittences du courant continu sont inoffensives, puisqu'il est possible de les appliquer pendant les deux tiers de la durée de la gestation sans nuire au développement normal et régulier du fœtus.

DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE OU PARTIELLE
dans les cancers limités au col de la matrice (1).

—

M. Verneuil vient de soulever, à la Société de chirurgie, un important débat sur les mérites respectifs de l'hystérectomie partielle et de l'hystérectomie totale dans les cancers limités au col de l'utérus. Il a pris hardiment position et proclamé sa préférence pour l'extirpation partielle, aussi efficace et moins dangereuse. Cette opinion a été combattue, mais déjà se dégage de la discussion un certain nombre de points précis et nous avons, à cette heure, grâce aux nombreux documents apportés au procès, les bases suffisantes d'un jugement sérieux.

I

Et d'abord, l'hystérectomie est unanimement repoussée, lorsque le cancer a dépassé les limites de l'utérus : pour peu que les insertions vaginales soient infiltrées, que la vessie ou le rectum soit atteint, et que des traînées néoplasiques pénètrent les ligaments larges, on renonce à l'extirpation. L'opération est alors trop laborieuse ; on risque d'ouvrir les réservoirs voisins, de couper l'uretère, de pincer l'intestin, de poser des ligatures sur des tissus friables, et si l'hémorrhagie ou la péritonite septique n'ont pas, dès les premières heures, tué la malade, une récidive rapide du cancer ne tarde pas à l'emporter. Les chirurgiens qui, au renouveau de l'hystérectomie vaginale, ont pratiqué ce genre d'ablation, n'en ont tiré que des déboires et maintenant on compte ceux que des insuccès répétés, de véritables catastrophes, n'ont pas convertis à une sage abstention.

On va plus loin, et lors même que les frontières de l'utérus ne semblent pas franchies, qu'on ne perçoit, par une palpation

(1) Nous reproduisons cet article de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* pour les raisons que nous avons exposées dans notre dernier numéro. (*Note de la Rédaction.*)

minutieuse, aucune lésion des organes voisins, aucun épaississement suspect du ligament large, beaucoup s'abstiennent encore dès que le cancer s'est propagé du col au corps de l'utérus, du moins si l'organe est gros, peu mobile dans le petit bassin et d'un abaissement difficile. L'opération, alors mal réglée, devient dangereuse ; on manœuvre trop haut, à l'aveugle ; le doigt ou l'œil ne peut suivre l'instrument et nous avons vu des collègues fort habiles, rompus à la pratique de la chirurgie abdominale, morceler péniblement, au milieu d'une hémorrhagie inquiétante, une matrice trop volumineuse pour s'engager dans la filière vaginale trop étroite et, au cours de cette intervention, bientôt incorrecte et brutale, causer d'irréparables désastres.

Dans ces cas, lorsqu'on n'est pas sûr de l'intégrité des annexes, quand l'étendue du mal et sa propagation au corps font redouter une infection ganglionnaire, on s'abstient, car, nous dit un des partisans des plus convaincus de l'hystérectomie totale, « dès que tout ne peut vraisembablement être enlevé, il n'y a plus à songer à une intervention radicale..., ce serait faire une résection partielle du tissu morbide compliquée d'ouverture du péritoine, opération essentiellement irrationnelle ». Aussi la nécessité d'un diagnostic précis s'impose et, si la femme n'est pas débordante de graisse, le palper abdominal, le toucher rectal et vaginal, surtout sous le chloroforme, permettront de suivre les contours de l'utérus et de ses ligaments ; d'ailleurs, les lèvres du col seront saisies par une pince de Museux et l'on verra si des tractions douces abaissent l'organe vers l'orifice vulvaire.

Si, dans cet examen, on n'acquiert pas la certitude de pouvoir pratiquer une extirpation complète, on attendra les événements et on parera aux éventualités par des opérations dites palliatives, mais souvent excellentes et bien supérieures alors aux tentatives insensées d'extirpation radicale. Le curettage du cancer est une de ces opérations : la cuiller tranchante, maniée prudemment pour ne pas crever la matrice, enlève les masses fongueuses du cancer ulcéré dont le cautère actuel poursuit la destruction ; des lavages antiseptiques entraînent les matières ramollies et putrides : les douleurs sont calmées, les hémorrhagies cessent, les

résorptions infectieuses s'arrêtent et, grâce à ce triple bénéfice, l'état général se relève. Il n'est pas de chirurgien qui n'ait obtenu de sérieuses améliorations par ce curettage et ces cautérisations répétées.

II

On le voit, le seul cancer que nous ayons en vue est le cancer limité au col ; il n'a point encore envahi les insertions vaginales ; rien ne permet de soupçonner l'infiltration des ganglions lymphatiques ; la vessie et le rectum glissent sur l'utérus intact, peu volumineux et facilement abaissé vers la vulve. Faut-il, dans ce cas, pratiquer l'hystérectomie partielle ? Laquelle do ces deux interventions provoque la moindre mortalité opératoire, donne les meilleurs succès thérapeutiques, c'est-à-dire permet la survie la plus longue et met le patient dans les conditions les meilleures pour espérer une guérison radicale ?

Sur le premier point, la mortalité opératoire, pas de contestation possible ; raisonnement et expérience sont d'accord pour déclarer moins grave l'hystérectomie partielle. M. Verneuil accuse un mort sur vingt-deux opérations, soit une léthalité inférieure à 5 pour 100, très rapprochée de celle de Charles Braun de Vienne, qui est de 6 pour 100. Il est vrai que dans cette intervention on n'enlève, — Verneuil à l'écraseur, Braun à l'anse galvanique, — que la portion sous-vaginale du col ; mais même, pour une intervention plus étendue et plus complexe, l'ablation après désinsertion du vagin, l'hystérectomie « supra-vaginale », nous voyons que sur cent cinq extirpations qu'il a pratiquées, Schrœder n'a eu que dix morts, soit une proportion de 9 1/2 pour 100.

L'hystérectomie totale nous donne une mortalité bien supérieure : je laisse de côté les statistiques de Richelot trop assombries par des extirpations dans des cas vraiment inopérables et pour lesquels notre collègue n'interviendrait plus maintenant. Mais Bouilly, sur vingt-neuf ablations, n'a pas moins de sept morts, soit 23 pour 100. Il est vrai que ses relevés nous montrent une léthalité décroissante au fur et à mesure que l'auteur se familiarise avec l'hystérectomie totale et qu'il en saisit mieux les vérita-

bles indications ; ainsi, en 1886,il a eu trois morts sur 10 opérations ; en 1887, deux morts sur huit et, en 1888, deux morts encore, mais sur douze malades.

Cependant, en ne prenant que cette dernière année, la mortalité reste supérieure à 16 pour 100 ; c'est à peu près la proportion de Terrier qui, depuis sa première hystérectomie totale jusqu'à sa dernière, accuse, du fait de l'opération, une léthalité d'un peu moins de 18 pour 100; Pozzi, sur six opérées, en compte cinq guéries et une mort, soit encore un peu plus de 16 pour 100. Il en est de même en Allemagne : bien que l'hystérectomie complète y soit courante depuis sept à huit ans et qu'une aussi longue pratique ait dû y donner aux chirurgiens une habileté que sans doute ils ne dépasseront plus.

Nous voyons en effet, que, chez eux, la mortalité oscille dans les mêmes limites : Voici un relevé dressé par Martin et qui mérite confiance, puisqu'il est formé non par la juxtaposition de cas épars dans les recueils, mais par l'addition des statistiques intégrales de Staude, de Schrœder, de Léopold, de Fritsch et d'Olshausen : sur trois cent onze hystérectomies totales on compte quarante-sept morts, soit une proportion d'un peu plus de 15 pour 100, à peu près semblable à celle qu'a trouvée Secheyron dans trois cent quatre-vingt quatorze cas recueillis dans la pratique étrangère. En France, sur cent cinq cas, le même auteur trouve une léthalité supérieure à 23 pour 100.

Nous ne voyons d'amélioration probable dans ces statistiques que celle que pourrait amener une sévérité plus grande dans le choix des opérations. On enlève encore,on a surtout enlevé des utérus gros, adhérents, peu mobiles, difficilement abaissables, et les désastres de ces interventions mal justifiées chargent les relevés d'un certain nombre de morts. Sans doute on est maintenant plus réservé ; mais ces déductions faites, il n'en reste pas moins établi — et ce sera notre première conclusion — que l'hystérectomie totale est une opération grave, plus grave que l'hystérectomie partielle, fût-elle supra-vaginale.

III

Du moins, en compensation de cette léthalité plus grande pouvons-nous promettre un sérieux bénéfice à ceux qui ont heureusement doublé le cap de l'opération, et l'hystérectomie totale assure-t-elle, au survivant, un nombre de semaines, de mois ou d'années supérieur à celui que donne l'hystérectomie partielle ? C'est la deuxième question à laquelle il nous faut répondre maintenant.

M. Verneuil nous donne une première série de faits où, chez dix-sept opérées par l'hystérectomie partielle, la survie moyenne a été de vingt-trois mois ; une seconde série, plus favorable encore, porte sur cinq femmes traitées, trois en 1885, une en 1886 et une en 1888. Aucune des cinq n'est morte, ce qui donne, à cette heure, une survie de vingt-neuf mois, « qui devra s'accroître si j'en juge par l'état dans lequel se trouvent actuellement ces malades ». M. Verneuil ne peut opposer, à sa statistique d'hystérectomie partielle, aucune statistique personnelle d'hystérectomie totale : toutefois, il a prié ses élèves Bouilly et Richelot d'opérer, dans son service, trois cancéreuses par l'extirpation complète ; or la première fut emportée par une hémorrhagie au troisième jour ; la deuxième mourait de récidive au bout de cinq mois ; la troisième vit encore, mais le mal a déjà reparu.

Certes, on ne saurait, avec ces chiffres, établir un parallèle. mais nous avons, pour juger la question de la survie à la suite de deux hystérectomies vaginales, deux statistiques fort importantes et qui tirent un intérêt tout particulier de leur commune origine : l'une et l'autre appartiennent à Schrœder qui a pratiqué soixante-quatorze fois l'extirpation totale et cent cinq fois l'extirpation partielle. Or, un an après l'opération, 63 pour 100 de ses hystérectomies totales étaient encore sans récidives, tandis qu'il ne comptait que 51 pour 100 de ses hystérectomies partielles. Mais cet avantage en faveur de l'extirpation complète ne se poursuit pas et, au bout de deux ans, 46 pour 100 des hystérectomies partielles sont sans récidives, tandis qu'il n'y a plus que 24 pour 100 d'hystérectomies totales ; au bout de trois ans il y a encore 42

pour 100 d'hystérectomies partielles contre 26 d'hystérectomies totales ; enfin, au bout de quatre ans, 41 pour 100 d'hystérectomies partielles vivent, tandis qu'il ne reste plus d'hystérectomies totales.

Allons-nous conclure de ces chiffres que l'ablation partielle de l'utérus met l'opérée dans une situation plus favorable pour affronter les chances de la récidive? Evidemment non ! et il est probable que, lorque Schroeder avait recours à l'hystérectomie totale, le cas était plus grave, le mal plus étendu et par conséquent sa réapparition plus facile. Nous le concédons volontiers ; mais nous n'en relevons pas moins les magnifiques succès de l'extirpation partielle et nous dirons que, d'après les statistiques, hystérectomie totale et hystérectomie partielle sont égales devant la récidive, résultat facile à prévoir lorsqu'on réfléchit au mode de propagation du cancer et au mécanisme le plus habituel de sa repullulation.

Lorsqu'on enlève l'utérus tout entier, on veut, nous dit-on, faire la part du feu : on s'imagine couper le chemin au cancer qui s'avance et, en réalité, on se livre à un sacrifice inutile. Tous les partisans de l'ablation totale ont proclamé, dans leurs discours à la Société de chirurgie, qu'ils appliquent à l'utérus cette loi de chirurgie générale d'après laquelle les organes atteints de cancer doivent être enlevés tout entiers : pour un épithélioma limité de la langue, on extirpe toute la langue, comme, pour un noyau cancéreux du sein, on dissèque toute la mamelle.

Et d'abord cette prétendue loi est-elle si générale ? Coupe-t-on tout le pénis pour un cancroïde du gland et toute la lèvre pour un épithélioma limité du bord libre ? Non, et, pour la lèvre du moins, qui ne compte des succès durables après avoir dépassé de 1 centimètre au plus les limites appréciables du mal ! La langue que l'on cite toujours, quand donc l'enlève-t-on tout entière ? Certes, on fait des ablations fort larges, car il faut compter avec les traînées épithéliales qui s'avancent au loin, le long des vaisseaux, des nerfs et des faisceaux musculaires ; cependant, pour les cancroïdes de la pointe, nous n'avons jamais vu nos confrères les plus généreux dépasser le V lingual ; ils laissent donc en volu-

me, plus de la moitié de l'organe et, dans aucun cas, on ne rase l'os hyoïde et on ne dissèque, pour les éradiquer, les muscles qui s'insèrent dans le palais et le pharynx.

IV

Dans les larges extirpations actuelles — et nous insistons sur ce point, car là est le nœud du problème — on s'ouvre une voie par la région sus-hyoïdienne et on vide, au passage, les deux loges sous-maxillaires ; on enlève les ganglions déjà souvent envahis, malgré leur apparente intégrité, et l'on extirpe ainsi par avance le cancer là où il aurait reparu. N'en est-il pas de même pour le sein, l'éternel exemple que l'on nous donne pour nous inciter à l'hystérectomie totale ? On dissèque toute la glande, il est vrai, et c'est bien ; mais ce qui est mieux, c'est d'emporter avec elle un grand lambeau de peau peut-être atteint déjà et la large traînée de tissu cellulaire qui monte vers l'aisselle. Celle-ci est « curée » avec soin et l'on n'y laisse aucun ganglion, siège probable de la repullulation rapide du mal.

Voilà pourquoi l'opération est devenue meilleure ; et ne voit-on pas que la comparaison si chère aux partisans de l'hystérectomie totale s'effondre ? Leur extirpation de l'utérus ne ressemble pas à celle qu'on pratique sur l'aisselle et le sein. On enlève bien la matrice, mais on laisse les traînées cellulaires des ligaments larges, avec les lymphatiques et les ganglions qu'elles enveloppent. Or ces ganglions et ces lymphatiques sont atteints avant que le corps de l'utérus soit même menacé, car la propagation du cancer de proche en proche, dans les tissus denses du col, est beaucoup plus lente que l'envahissement par les vaisseaux blancs. Cette loi est si connue que nous ne comprenons pas l'insistance avec laquelle on nous présente une comparaison aussi illégitime ! Dans un cas, on extirpe la mamelle et ses ganglions ; dans l'autre, l'utérus sans ses ganglions ; la différence est capitale.

Nombre d'auteurs avaient insisté déjà sur le lent envahissement du corps de l'utérus, atteint d'ordinaire bien après l'infection ganglionnaire : notre éminent collaborateur Kœberlé, dans une étude clinique et anatomique publiée ici même, l'a démontré

jusqu'à l'évidence ; et, comme conclusion naturelle de ce fait, il concluait à l'hystérectomie partielle. Ruge et Veit ont montré que le cancroïde du museau de tanche se développe sur les surfaces recouvertes d'épithélium pavimenteux et ne s'infiltre que difficilement vers le corps de la matrice. Schroeder, dont on connaît la grande pratique, croit à l'existence de cette variété limitée, qui serait la plus fréquente, et pour la traiter il a recours à l'hystérectomie partielle.

Je sais bien que, à côté de cette forme, il en est d'autres plus envahissantes ; Christian Fenger, Ruge, Binswanger en ont cité des cas et, dans la discussion actuelle, M. Terrier rappelait que, sur dix-huit cancers examinés par Poupinel, quatre fois existait dans le corps un noyau indépendant de la lésion principale du col. Mais nous répondons deux choses : d'abord ces cas sont l'exception, et puis, de l'aveu même des partisans de l'hystérectomie complète, l'extirpation radicale est alors fort mauvaise. Ces cancers à foyers multiples sont d'un pronostic déplorable et, si la patiente ne meurt pas de l'intervention, le mal reparaît bien vite ; pour mieux dire, il n'a pas disparu, il était déjà dans les ligaments larges et les ganglions, et l'hystérectomie totale, hâtant l'évolution du cancer, n'aura que rapproché la terminaison fatale.

Aussi dirions-nous volontiers : ou le cancroïde du museau de tanche est vraiment limité et nous pouvons recourir en toute confiance à l'hystérectomie partielle ; ou, malgré les apparences, le mal est propagé au corps, et, dans ce cas, notre hystérectomie partielle vaudra votre hystérectomie totale qui enlève bien les lésions de l'utérus, mais respecte les noyaux cancéreux des annexes et des ganglions. En poussant l'argument à l'extrême, on pourrait ajouter : peut-être alors, incomplète pour incomplète, l'hystérectomie partielle est-elle moins mauvaise que l'hystérectomie totale en ce que ses délabrements sont moindres et qu'elle n'ouvre pas le péritoine.

V

L'hystérectomie totale n'assure donc pas à l'opérée une survie

plus considérable ; aussi n'avons-nous pas compris cette phrase d'un article publié par M. Pozzi dans les *Annales de gynécologie* : « Il est vrai, nous dit-il, que la gravité de l'extirpation complète est encore de moitié plus grande que celle de l'ablation partielle ; mais faut-il mettre cette considération en parallèle avec le bénéfice futur qui peut résulter du choix de l'opération ? Toutes les statistiques, d'où qu'elles viennent, ont miné cette décevante espérance, et ce n'est pas d'un chirurgien prudent de se grever d'une mortalité certaine en vue d'un « bénéfice futur » que l'observation a montré illusoire ».

Il est vrai que, dans une argumentation fort subtile, M. Richelot a paru nous dire qu'il cherchait, non une survie plus ou moins précaire, mais la « guérison radicale » du cancer. Qu'importe la mort anticipée de quelques malheureuses si par une opération, même dangereuse, on pouvait en arracher un tout petit nombre à la plus terrible des maladies ? Le but à atteindre justifierait la gravité des moyens à employer. Or, l'extirpation totale, mieux que l'extirpation partielle, a chance de réaliser cette guérison définitive ?

Ce point de vue pourrait se défendre et il serait même des malades pour accepter cette thérapeutique du « tout ou rien » ; mais il faudrait s'entendre sur le mot de « guérison radicale », et, si nous arrivons à reconnaître qu'il signifie, au demeurant, survie sans récidive, les illusions de M. Richelot ont dû tomber à la lecture des statistiques, et nous n'avons plus à revenir sur une discussion déjà épuisée. La récidive n'est pas plus longtemps conjurée par l'hystérectomie totale ; après trois ans, il ne restait pas une seule opérée des 42 de Léopold, des 60 de Fritsch et des 74 de Schroeder. Martin, il est vrai, a été plus heureux, et de ses 66 malades 2 vivaient encore après la sixième année.

Mais l'hystérectomie partielle a, elle aussi, de ces chances heureuses. Même par une bizarrerie apparente, et dont l'explication a été donnée plus haut, la survie prolongée sans récidive, en un mot, la « guérison radicale » paraît plus fréquente à la suite de l'extirpation incomplète de l'utérus. Nous avons vu que, après cinq ans, plus de 41 pour 100 des opérées de Schroder vivaient

encore, et nous tous nous pourrions citer une ou deux observations personnelles de ces longues survies. M. Verneuil a vu une malade, amputée de son col, rester guérie plus de sept ans ; une autre de ses opérées reste, depuis cinq ans, sans récidive ; Marchand a, dans sa clientèle, une dame opérée depuis huit ans et demi, et qui ne présente encore aucune trace de repullulation ; or il s'agissait bien d'un épithélioma, déclaré tel par Troisier, après examen microscopique dans le laboratoire de Vulpian.

De cette discussion, il nous semble ressortir : 1° que l'hystérectomie complète est plus meurtrière que l'hystérectomie partielle, fût-elle supra-vaginale ; 2° que cette léthalité plus grande n'est pas compensée par une survie plus considérable et qu'une fois évitée la mort opératoire, les deux extirpations paraissent égales devant la récidive ; 3° enfin que la guérison « radicale » n'a pas été observée plus souvent à la suite de l'une que de l'autre opération. — Aussi, tout en réservant certains cas exceptionnels que la clinique saura déterminer, nous admettons avec Verneuil que l'hystérectomie partielle doit être le procédé de choix.

Paul Reclus.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er novembre.

DE L'AMPUTATION PARTIELLE ET DE L'AMPUTATION TOTALE DE L'UTÉRUS.

M. Verneuil lit un travail sur l'amputation du col de l'utérus. Le professeur de la Pitié n'a pas changé d'avis depuis la publication des études faites par lui en 1884, dans les *Archives de médecine.* Il soutenait à cette époque et soutient encore aujourd'hui l'ablation du col par l'écraseur linéaire de préférence à l'hystérectomie totale. Dans la statistique qu'il donnait, ses opérées avaient eu une moyenne de 17 mois de survie ; mais M. Verneuli

démontre que cette moyenne était trop faible, puisqu'à ce moment il n'avait pu suivre assez longtemps ses malades. C'est ainsi que dans certaines observations, il ne comptait que 3 mois de bonne santé à des femmes qui se portent très bien aujourd'hui, ou qui ont survécu 16 mois à l'opération. Cette statistique, corrigée comme elle devait l'être porte à 23 mois de survie la moyenne des opérées de M. Verneuil jusqu'en 1884. Depuis cette époque, il a pratiqué six fois l'amputation du col et pas une de ses malades n'est morte. En additionnant le nombre de mois écoulés pour chacune d'elles depuis l'opération, il arrive à une moyenne de 29 mois, résultat meilleur que celui de la première statistique et qui tient à l'amélioration apportée dans l'opération par la section préalable du col en deux moitiés.

M. Verneuil n'a eu à enregistrer que neuf récidives locales et dans six cas il a pu se rendre compte que son opération avait été incomplète. Dans douze autres faits, il y a eu absence complète de récidive locale, deux fois jusqu'à la mort, cinq fois jusqu'à la perte de vue des malades. Dans les autres cas, la récidive a apparu mais n'a pas été locale, elle s'est produite à distance.

La récidive est donc la plus commune des terminaisons, mais elle dépend beaucoup de la grandeur de l'extirpation et il est moins difficile qu'on ne pense d'enlever tout le mal sans extirper tout l'organe. Du reste, avec les récidives à distance, l'hystérectomie totale ne donne pas de meilleures garanties que l'amputation partielle qui est beaucoup plus bénigne et qui permet, sans faire courir de danger aux malades, de supprimer une cause d'infection et de faire une bonne antisepsie, en un mot d'être palliative, ce qui n'existe pas avec l'ablation complète.

Le professeur de la Pitié lit ensuite ses conclusions dont voici les principales :

« L'amputation partielle faite à l'écraseur par deux hémisections est recommandable et s'applique aux hypertrophies, aux ulcérations et aux diverses formes de cancer.

« Sa simplicité la rend accessible au plus grand nombre des chirurgiens. Elle est la même sur le vivant que sur le cadavre.

« Sa bénignité est absolue, grâce à l'antisepsie.

« En cas d'hyperplasie bénigne, le succès opératoire entraîne le succès thérapeutique.

« En cas de tumeur maligne, la guérison est encore possible si l'extirpation est complète.

« Si l'extirpation est incomplète, elle est encore utile en prolongeant la vie.

« Ce parallèle est donc en faveur de l'amputation partielle. »

La discussion est remise ; mais M. Després, qui doit s'absenter, tient à donner son avis.

Pour lui, les opérations partielles ou totales sont inutiles. Pour que les statistiques des opérées prouvent quelque chose, il faudrait les comparer aux statistiques des femmes atteintes de cancer de l'utérus qui n'ont pas été opérées. Or, ces statistiques n'ont pas été faites ; mais on a des exemples qui prouvent que des femmes âgées peuvent survivre quatre années à leur affection. Le diagnostic des affections malignes est, du reste, quelquefois très délicat. Pour lui, le microscope ne donne pas une preuve certaine et on ne se sert pas assez de la cautérisation qui peut être un précieux guide, car elle produit une poussée dans les tumeurs malignes.

M. Verneuil répond à M. Després qu'il a parlé de la difficulté du diagnostic dans certains cas. Quant à ce qui est du diagnostic par le microscope, M. Després n'y croit pas, tandis que lui y ajoute une grande confiance ; c'est une affaire de tempérament.

Séance du 7 novembre 1888. — *Présidence de* M. Polaillon.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN.

M. Polaillon rappelle avoir soutenu, dans un mémoire publié en 1882, que le cancer limité au col pouvait être guéri par l'amputation partielle. Depuis, il n'a pas changé d'opinion et les résultats que lui a donnés l'hystérectomie totale vaginale ne sont pas de nature à modifier cette opinion. Il a pratiqué 6 fois cette opération pour cancer et il a eu 2 morts et 4 succès opératoires. Voici le résumé de ces observations :

Première observation : Femme de trente-deux ans, épithélioma ulcéré du col, les culs-de-sac sont sains, hystérectomie vaginale, ablation de l'ovaire et de la trompe gauches, adhérents à l'utérus, pincement des vaisseaux et des ligaments larges, pas de ligatures, sphacèle consécutif du fond de la vessie, fistule vésico-

vaginale, diarrhée, albuminurie, mort par urémie quarante-deux jours après l'opération. — Obs. II : Cancer limité au col, utérus friable, se déchirant facilement, hystérectomie vaginale, écoulement sanieux, péritonite, mort quatre jours après l'opération. L'autopsie a montré que l'épithélioma avait bien été enlevé en totalité ; il envahissait la cavité du col. — Obs. III : Femme de trente-neuf ans, épithélioma ulcéré occupant tout le col et la cavité utérine; hystérectomie ; au quatrième jour, vomissements fécaloïdes, signes d'obstruction intestinale ; la malade sort guérie ; récidive après un mois, actuellement cachexie avancée. — Obs. IV : Femme de trente-sept ans, épithélioma du col compliqué de fibromes utérins, hystérectomie difficile, récidive rapide dans le fond du vagin. — Obs. V : Même cancer limité au col, même opération, même récidive très rapide. — Obs. VI : Même marche, même conduite chirurgicale, récidive un mois après.

En résumé, mortalité de 33 p. 100, récidive rapide dans tous les autres cas, voilà, pour M. Polaillon, le bilan de l'hystérectomie vaginale totale pour cancer. Il serait chimérique de penser, ajoute M. Polaillon, que l'hystérectomie vaginale puisse jamais égaler en bénignité les amputations partielles du col, et les récidives se sont faites, dans les cas opérés par lui, avec une rapidité déplorable.

M. Polaillon a fait vingt fois l'amputation du col et, sauf un cas de mort par chloroforme, il n'a pas eu de décès du fait de l'opération et il a obtenu de meilleurs résultats au point de vue de la survie des malades. La récidive, en effet, n'est survenue que deux ans et quatre mois, un an, dix mois, etc., après l'opération. M. Polaillon fait l'amputation partielle du col avec le serre-nœud galvanique ; il poursuit les bourgeons suspects avec des flèches au chlorure de zinc.

En résumé, l'amputation partielle est une opération d'une parfaite bénignité et qui, jusqu'ici, paraît procurer des survies plus longues que l'hystérectomie vaginale ; mais elle ne peut être de quelque utilité que dans les cas où le cancer est parfaitement limité au col. Quand le corps de l'utérus est envahi, l'hystérectomie totale vaginale est la seule opération rationnelle.

M. Tillaux considère l'hystérectomie vaginale totale comme une des belles conquêtes de la chirurgie moderne. Mais peut-on admettre une méthode générale de traitement en matière de can-

cer ? M. Tillaux ne le pense pas. Trois sortes d'opérations peuvent être indiquées en présence d'un cancer de l'utérus :

1° Une opération palliative consistant à n'enlever qu'une portion du néoplasme dans le but de diminuer les hémorrhagies ou de prévenir la septicémie vaginale ;

2° Une opération curative consistant à enlever toute la partie malade ;

3° Enfin, une opération curative radicale, l'ablation totale de l'organe atteint.

Prenons un exemple : supposons une femme jeune, dans un état de santé florissant en apparence, ne souffrant pas, n'ayant pas maigri et présentant un épithélioma du col au début et limité. Il y a tout intérêt à ce que cette malade soit rapidement débarrassée. Nous avons le choix ici entre deux opérations, la résection partielle, cunéiforme ou supra-vaginale, et l'hystérectomie vaginale totale. A laquelle de ces opérations devrons-nous donner la préférence ? Théoriquement, la meilleure opération est celle qui permettra le mieux de tout enlever ; or, il n'est pas douteux que l'hystérectomie vaginale est celle qui répond le mieux à cette indication. En est-il bien ainsi cliniquement ? est-il bien nécessaire d'enlever l'utérus en totalité ? Nul ne pourrait l'affirmer. La récidive n'est pas plus rapide après la résection cunéiforme qu'après l'hystérectomie totale, ainsi que le montre la statistique citée par M. Pozzi. M. Bouilly s'est élevé contre les opérations parcimonieuses ; mais enlève-t-on toute la verge pour un cancer de l'extrémité de cet organe ? ou toute la langue pour un épithélioma limité à la pointe ou à l'un des côtés ? Si, théoriquement, l'ablation totale de l'utérus semble donner plus de chances de guérison radicale, cela n'est pas démontré jusqu'ici par les faits. Quant à la gravité plus grande de l'hystérectomie, elle n'est pas discutable. L'amputation conoïde ou supra-vaginale paraît donc préférable quand le cancer est limité au col. Malheureusement, dans l'état actuel de la science, il est bien difficile, dans beaucoup de cas, de pouvoir déterminer d'avance exactement si le cancer n'a pas envahi le corps de l'utérus ; alors l'hystérectomie totale resterait la seule ressource rationnelle, c'est une question d'indications. L'opération palliative vise un accident du cancer. L'opération partielle est habituellement réservée pour les cas bénins,

et l'hystérectomie pour les cas graves. Les résultats des deux opérations ne sauraient donc être comparés.

Étant donné un cas peu justiciable de l'ablation partielle, que faut-il faire ? Faut-il se croiser les bras et laisser mourir la malade sans chercher à lui être utile, ou faut-il faire l'hystérectomie vaginale ? Il n'est pas douteux, ajoute M. Tillaux, qu'il faut recourir à cette opération qui est un moyen précieux contre une affection en présence de laquelle nous étions jusqu'ici désarmés.

M. Marchand, depuis 1878, a pratiqué 18 fois l'amputation partielle ; depuis 1884, il a fait 6 fois l'amputation supra-vaginale. Sur ces 24 cas, il a eu 2 décès opératoires. Il a fait 7 fois l'hystérectomie vaginale et a eu 4 décès et 3 guérisons opératoires. M. Marchand entre dans le détail de ses observations, et démontre que la survie, obtenue après l'hystérectomie vaginale, n'est pas plus considérable que celle qui s'observe après l'extirpation partielle. Il fait observer que la récidive se fait habituellement dans la zone cellulaire péri-utérine ; l'ablation totale de l'utérus ne donne donc pas plus de garanties contre les récidives, que l'ablation partielle. En résumé, l'hystérectomie vaginale totale est d'une gravité beaucoup plus considérable que l'amputation partielle et la récidive n'est pas moins rapide. Toutefois, M. Marchand n'est pas d'avis de rejeter l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer ; il croit seulement qu'il ne faut pas en faire une méthode générale et qu'elle a des indications plus restreintes que ne le soutiennent ses partisans.

M. Richelot se place au point de vue de la cure radicale du cancer. Si l'on demande à l'hystérectomie vaginale des résultats purement palliatifs, il est évident qu'elle doit être abandonnée en faveur des opérations partielles. Si les ganglions sont envahis, l'hystérectomie totale, pas plus que l'amputation partielle, ne donnera une guérison complète ; mais, si le cancer est limité, il est hors de doute que l'hystérectomie totale donnera plus de chances de guérison et sera le plus sûr moyen de cure radicale. Voilà ce qu'il faut démontrer ; mais, pour cela, il faut attendre. Si, après expérience faite pendant un temps suffisant, il est démontré que l'hystérectomie vaginale ne donne pas de meilleurs résultats définitifs que les opérations partielles, M. Richelot changera d'opinion et cessera de défendre une opération évidemment plus grave.

M. Reynier dit qu'il est difficile de répondre à M. Verneuil, l'hystérectomie vaginale n'étant pratiquée, en France, que depuis trois ans seulement. M. Verneuil ne cherche qu'un traitement palliatif : l'hystérectomie vaginale a des visées plus hautes. N'en déplaise à M. Kirmisson, on peut chercher à obtenir la guérison radicale du cancer. Tout au moins, l'hystérectomie vaginale a toutes chances de donner de plus longues survies. M. Reynier cite des statistiques étrangères qui tendent à démontrer que la mortalité opératoire de l'hystérectomie vaginale peut devenir presque nulle. Quant à lui, il n'a pratiqué que deux fois cette opération pour cancers et a eu deux succès. Mais ces opérations ne datent que de trop peu de temps pour qu'on puisse en rien conclure au point de vue de la survie ou de la cure radicale.

M. Routier rappelle le travail qu'il a présenté au Congrès de chirurgie sur ce sujet. A cette époque, il avait fait trois hystérectomies vaginales avec trois succès opératoires. Depuis, il en a fait quatre nouvelles, également suivies de guérison. Il insiste particulièrement sur cette variété de cancer de la muqueuse du corps de l'utérus, dont il a trouvé plusieurs exemples. Au point de vue de la bénignité de l'opération, ses observations permettent de formuler des conclusions favorables. L'impossibilité d'abaisser l'utérus est, pour lui, une contre-indication formelle.

De ses quatre opérées, l'une a survécu six mois et a succombé à un cancer généralisé à l'abdomen. La seconde, âgée de cinquante-sept ans, vit encore et est bien portante ; elle compte treize mois de survie. C'était un épithélioma lobulé dans l'épaisseur du corps utérin. La troisième, âgée de cinquante-six ans, malade depuis quatorze mois, va très bien et compte huit mois et demi de survie sans récidive. C'était un épithélioma cylindrique de la muqueuse du col. La quatrième, âgée de cinquante ans, compte sept mois et demi de survie sans traces de récidive. Il s'agissait d'un épithélioma lobulé situé entre la muqueuse et le tissu utérin. Chez ces quatre malades, la période pré-opératoire, c'est-à-dire l'âge du cancer, a été de quatorze, vingt-quatre, quatorze et dix-huit mois et la période post-opératoire a été, jusqu'ici, de six, treize, huit et sept mois et demi ; chiffres provisoires, puisque, jusqu'ici, elles sont radicalement guéries.

M. Terrier fait connaître l'opinion de M. Cornil, relativement aux examens anatomiques des cancers de l'utérus. Ces examens

sont encore le plus souvent très imparfaits. L'anatomie pathologique des épithéliomes utérins est presque entièrement à faire. C'est ce qui explique, dans une certaine mesure, les différences des résultats au point de vue de l'intervention chirurgicale.

M. Verneuil fait observer que cette objection s'applique aussi bien aux résultats de l'amputation partielle qu'à ceux de l'amputation totale. C'est donc, à ce point de vue, un argument sans valeur.

M. Terrier soutient, au contraire, que l'anatomie pathologique du cancer est un élément considérable, dont il faut tenir grand compte.

M. Trélat rappelle avoir dit et écrit, dans sa dernière communication, ce que M. Cornil a dit à M. Terrier, relativement aux difficultés du diagnostic anatomique.

(*Gaz. des hôpitaux.*)

REVUE DE LA PRESSE

TARSALGIE DES ADOLESCENTS.

M. le docteur Léon Picquard résume, dans sa thèse, les nombreuses discussions qui ont eu lieu sur la nature de la tarsalgie des adolescents, et donne de cette affection une description qu'il est intéressant d'analyser ici. On sait, en effet, que, d'après Duchenne, de Boulogne, cette tarsalgie est en rapport soit avec une paralysie, soit avec une contracture de certains muscles du pied ; pour d'autres auteurs, pour Gosselin en particulier, il s'agirait d'une arthrite de forme particulière ; les lésions musculaires ne seraient que consécutives.

C'est à cette dernière opinion que se rattache M. Picquard : le fait a de l'importance au point de vue du traitement.

Ainsi que l'a indiqué Gosselin, on peut diviser la marche de l'affection en trois périodes. Au début, la tarsalgie, qui atteint ordinairement les deux pieds, se manifeste par un sentiment de gêne, d'engourdissement qui occupe tout le pied. Puis bientôt on voit apparaître la douleur ; c'est elle et non pas la déformation du pied qui survient la première. La plupart des malades désignent comme point de leurs douleurs, les côtés interne et externe de l'articulation tibio-tarsienne, parties dans la profondeur desquelles se trouvent les arti-

culations calcanéo-astragalienne et astragalo-scaphoïdienne ; quelques-uns placent leur douleur dans la partie postérieure de la plante ; il y a souvent des irradiations tantôt du côté des orteils, tantôt du côté de la jambe. Les malades comparent fréquemment leurs douleurs à celle d'une entorse ; aussi les rapportent-ils souvent à cette affection. Ces parties sont douloureuses à la pression, et l'on continue à provoquer la douleur, même si le malade est au repos depuis quelque temps. Légère et obtuse au début, cette douleur ne tarde pas, après quelque temps de marche ou de station verticale, à devenir beaucoup plus vive, forçant de temps en temps le malade à quitter son travail, souvent pendant des semaines entières.

On a coutume de dire que, dans la tarsalgie, la douleur disparaît par le repos ; cependant on sait depuis longtemps que bien souvent, au lieu de céder au repos, la douleur est exagérée par la chaleur du lit ; ces douleurs à exacerbations nocturnes rappellent celles que l'on observe dans certaines affections articulaires d'origine syphilitique ou rhumatismale.

En même temps que la douleur, on voit survenir du gonflement autour des malléoles, gonflement œdémateux, mal circonscrit. Nul au réveil, quand le malade se lève, il augmente peu à peu à mesure que le malade marche et se fatigue.

Consécutivement à la douleur, apparaît la déviation du pied et la claudication ; le malade traîne son pied, marche sur le talon comme s'il craignait de mouvoir les articulations qui réunissent l'avant-pied à l'arrière-pied ; la déviation du pied est due à l'action des muscles antéro-externes de la jambe animés par le sciatique poplité externe : cette déviation consiste dans la production du valgus et quelquefois du pied plat.

La seconde période est caractérisée par une contracture permanente, des muscles pouvant disparaître sous l'influence du chloroforme. On y rencontre, au reste, les mêmes phénomènes que dans la première période, mais ils sont plus accusés. La déviation est permanente comme la contracture. Les tendons des muscles contracturés font sous la peau une saillie très apparente. La douleur est devenue beaucoup plus vive ; elle ne disparaît plus par le repos.

Dans la troisième période, les muscles contracturés ne cèdent plus à l'action du chloroforme ; il y a non seulement contracture, mais rétraction. Le pied est comme ankylosé ; les mouvements de flexion et d'extension sont nuls. Gosselin faisait enfin un quatrième degré

dans la tarsalgie, celui de la fusion osseuse, dans lequel la déviation osseuse n'est plus corrigible par aucun moyen.

Telle est la marche générale de l'affection : si maintenant on admet qu'il s'agit bien d'une arthrite et non pas d'une affection musculaire, on peut reconnaître au point de vue de l'étiologie trois sortes de tarsalgie : une tarsalgie tuberculeuse, une tarsalgie rhumatismale et une tarsalgie idiopathique, cette dernière pouvant être rapportée à une ostéo-arthrite de croissance. Très souvent, en effet, on observe chez les malades une augmentation rapide de la croissance.

Le traitement est une conséquence de cette manière de voir : c'est sur l'immobilité dans une bonne position qu'il faut insister. A la première période, le repos pur et simple est suffisant. A la seconde, il faut le redressement avec ou sans le chloroforme, suivant les cas, et l'application d'un appareil immobilisant. Pour la troisième période, un appareil orthopédique est nécessaire pour compléter le traitement. L'électrisation n'a d'importance qu'au point de vue de la nutrition des muscles.

LA MÉTRORRHAGIE A L'ÉPOQUE DE LA PUBERTÉ.

L'apparition subite d'un flux vaginal abondant chez les très jeunes filles est un fait mal connu ; c'est cependant un symptôme alarmant qui soulève une délicate question : celle de l'opportunité de l'exploration du vagin, examen que bien des spécialistes considèrent comme presque indispensable dans les hémorrhagies utérines.

Toutes ces difficiles questions sont discutées et résolues par le docteur Henry Coe (dans le *New-York med. Journ.* de novembre 1887), à propos d'une intéressante observation dont voici le résumé :

Une jeune fille de 13 ans, bien développée, fut prise de crampes et de douleurs suivies d'une métrorrhagie abondante, quinze jours après la période menstruelle, qui était établie depuis une année environ. Les quinze jours précédents avaient été passés dans une station balnéaire fort fréquentée par le monde élégant. Quoique très abondante, l'hémorrhagie, qui dura quelques jours, ne provoqua que peu de troubles généraux. Quatre jours après la disparition de l'hémorrhagie, les règles apparurent fort abondantes.

Le repos paraît avoir, dans ces cas, une influence plus efficace que d'autres moyens plus actifs.

L'auteur attire surtout l'attention sur ces deux points : 1° la grande

quantité de sang perdue sans amener d'anémie, et 2° le caractère essentiellement fortuit de l'hémorrhagie qui apparaît sans cause en dehors de l'époque menstruelle.

Bref, le docteur Coe conclut que, chez sa malade, l'hémorrhagie était, en quelque sorte, physiologique. Il croit que cet accident, survenant à l'époque de la puberté, n'est pas nécessairement un symptôme pathologique qui réclame une intervention active et un traitement local. Ainsi, quand la dysménorrhée fait défaut et que manquent les signes de l'anémie, la métrorrhagie de la puberté est justiciable de la seule expectation, du repos et de l'hygiène. C'est dire que l'examen vaginal est complètement inopportun. (*Un. méd.*).

TROUBLES UTÉRINS CHEZ LES MORPHIOMANES.

Le docteur Lutaud avait cité six cas de suppression complète des règles chez des morphiomanes. C'était bien à l'empoisonnement par l'alcaloïde de l'opium qu'était due cette aménorrhée, car, chez une malade, les règles réapparurent après la suspension de l'usage de la morphine. Ces faits, au dire de la *Deutsche med. Zeitung*, comportent un enseignement thérapeutique qu'il est bon de mettre en relief: c'est l'indication de la morphine dans les hémorrhagies causées par les fibromyomes utérins, par les cancers inopérables ; non seulement les injections sous-cutanées calment les douleurs, mais elles mettent fin aux incessants et rebelles écoulements sanguins qui épuisent les malades. (*Un. méd.*).

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Béquille de Clover modifiée par le D^r Chéron.

La béquille de Clover est un instrument destiné à maintenir les malades sur le dos, les jambes fléchies sur l'abdomen et écartées l'une de l'autre, d'une longueur variable, suivant la volonté de l'opérateur.

Il se fixe à chaque jambe par une courroie de cuir et une boucle. Les deux parties sont réunies par un pièce de fer coulissée, dans laquelle glisse une tige de bois entaillée de rainures circulaires, distantes de un centimètre les unes des autres ; une vis sert à maintenir l'écartement qu'on désire. Enfin une forte courroie de cuir, dont la partie médiane, capitonnée, passe sur le cou et sous l'un des bras de l'opérée, et dont les extrémités sont percées de trous, vient se fixer, par deux boucles, à la barre transversale, et la maintenir à la hauteur voulue.

Pour rendre cet instrument d'une application facile, je lui ai fait subir les modifications suivantes exécutées par MM. Rainal :

Les genouillères sont reliées par une articulation ou charnière, à la barre transversale, de façon à embrasser plus exactement les jambes, en exerçant partout une compression uniforme.

La vis de la barre transversale a été remplacée par un ressort dont le maniement est des plus faciles.

Enfin, j'ai rendu indépendantes les différentes pièces qui constituent l'instrument, ce qui permet de les démonter et de les mettre dans un sac de très petit volume.

Cet instrument est précieux lorsque l'on n'a pas le nombre d'aides nécessaires pour maintenir les jambes en position, ou lorsque l'opération est délicate et demande une immobilité à peu près complète de la malade.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

238.— De la chair musculaire en tant qu'aliment thérapeutique, par M. le docteur ZABÉ. — Le ton que présentent les tissus, les organes et l'ensemble de l'homme vivant, est quelque chose d'indéfinissable. Ce n'est cependant que la résultante de l'activité du mouvement de nutrition moléculaire, et de la résistance des individus aux influences morbides, résultante essentiellement variable, suivant l'âge, le tempérament ou les diathèses respectives. Ce quelque chose d'indéfinissable, quoique facile à comprendre, joue un très grand rôle en thérapeutique. Nourrir les malades, leur redonner du ton, est devenu l'indication majeure de tout traitement rationnel. Si, pendant une longue maladie, le tissu musculaire s'est atrophié, si les matières albuminoïdes du plasma ont diminué, il faut, de toute nécessité, recourir à l'alimentation la mieux appropriée, c'est-à-dire à l'alimentation la plus azotée. En l'espèce, l'agent le plus réparateur est, sans conteste, la chair musculaire des animaux.

La viande crue, bien préparée, sans aucune trace de tissu fibreux, est très riche en principes protéiques et d'une digestion assez facile. En plus de la fibrine et de l'albumine, elle contient encore des chlorures et surtout des phosphates alcalins. Or, d'après les données biologiques générales, le phosphate de chaux joue un rôle important dans l'accomplissement de la nutrition. Bibra a mis en lumière ce fait, que le phosphate de chaux existe chez un animal, en quantité d'autant plus grande, que son activité est plus énergique.

Mais l'usage de la viande crue, en dehors de la répugnance qu'elle inspire à beaucoup de malades, présente de sérieux inconvénients. Elle peut contenir des œufs de tœnia, et donner ainsi le ver solitaire. Un inconvénient plus grave encore, c'est que les animaux tuberculeux sont loin d'être rares, et que l'ingestion de leur chair est capable d'engendrer cette affection. Des expériences multiples l'ont prouvé.

Quant au bouillon, il n'offre aucune valeur au point de vue réellement alibile. Par ses qualités eupeptiques, il n'a qu'un simple pouvoir peptogène. Les extraits et jus de viande ne sont pas plus

nourrissants que le bouillon. Quant au sang, qu'il soit pris chaud, à l'abattoir, ou desséché, sous forme de poudre, il ne peut entrer en parallèle avec la chair des animaux. Son utilisation gastronomique la plus réputée, le boudin, fût-il même de Nancy, n'est-il pas indigeste pour un grand nombre d'estomacs ?

M. Debove, le premier, il y a quelques années, eut recours à la poudre de viande, pour alimenter les malades arrivés à la période cachectique. Sa tentative fut couronnée d'un franc succès. Il arriva ainsi à pouvoir nourrir des malades tout à fait épuisés, sans provoquer ni vomissements, ni diarrhée. Et, de fait, la poudre de viande est un aliment des plus riches en principes protéiques, facilement digéré et assimilé, et partant des plus nutritifs. Sous un faible volume, elle représente quatre fois son poids de viande crue, de sorte que 100 grammes de poudre répondent comme valeur nutritive à 400 grammes de viande fraîche.

Aussi, donnée à des doses variant entre 30, 60, 100 grammes et plus, elle produit une réelle suralimentation, que M. Debove a justement appelée l'alimentation thérapeutique.

Expérimentée dans les hôpitaux de Paris, et préconisée par d'éminents praticiens, la poudre de viande a depuis lors constamment donné des résultats remarquables. Aujourd'hui, elle est placée au premier rang des agents de rénutrition, et la thérapeutique contemporaine la compte au nombre de ses plus précieuses conquêtes (1).

Dans les cas si nombreux de phthisie pulmonaire, à forme apyrétique, des effets surprenants résultent de cette alimentation corroborante. Les sueurs cessent ; le sommeil devient plus calme ; la toux et l'expectoration diminuent, pour disparaître ensuite. Les chairs sont moins flasques, le ton et l'embonpoint tendent à reparaître. En même temps, les symptômes locaux s'amendent heureusement. Les forces du malade augmentent rapidement ; l'appétence pour les aliments fait place au dégoût que ceux-ci inspiraient, la viande principalement. La maigreur diminue ; le facies change d'expression ; l'organisme se refait. Certains malades, soumis pendant sept à huit semaines à ce régime, ont vu le poids de leur corps augmenter de 5 à 10 kilogrammes. La poudre de viande est donc, pour l'instant, le réparateur analeptique par excellence. Si, dans ces conditions nou-

(1) *Emploi thérapeutique de la poudre de viande*, par MM. les docteurs de Courtys et Zabé. Paris, 1884.

veilles, le tuberculeux respire un air pur, s'il a soin de se garer des rhumes, ces coups de fouet toujours dangereux, il pourra survivre aux bacilles qui, suivant l'expression de Koch, sécheront sur place en cessant de se reproduire, faute d'un terrain convenable.

Le médicament le mieux approprié au traitement des dyspepsies, quelles qu'en soient la nature et la cause, c'est l'aliment facilement digéré et assimilé. Divisée en poudre impalpable, la viande est attaquée de tous côtés par le suc gastrique. Et, comme le faisait judicieusement observer M. Dujardin-Beaumetz, l'un de nos maîtres les plus aimés, cette facile digestion est une preuve directe de l'influence de l'état moléculaire des corps sur leur digestibilité. C'est également la confirmation des expériences de Schiff qui veut que la viande soit un des meilleurs peptogènes. En effet, sous l'influence de l'alimentation par la poudre de viande, les estomacs les plus paresseux reprennent leurs fonctions et l'appétit tend à renaître. Les peptones offrent, il est vrai, à la muqueuse stomacale, un aliment tout digéré. Mais, par ce fait même, elles tendent à annihiler les fonctions de cet organe, au lieu de les exciter à se développer. Ces préparations doivent être réservées pour les cas rares de maladies où l'intromission dans l'estomac n'est plus possible, et être alors administrées en lavements.

Les qualités de la poudre de viande la rendent tributaire des diarrhées chroniques et de la diarrhée chez les phthisiques. Privée de matière grasse, elle constitue l'aliment le plus léger, lequel est entièrement digéré par l'estomac. Il en résulte que l'intestin enflammé est tenu au repos forcé, tout en nourrissant le malade.

Dans la convalescence des maladies graves infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, alors que l'état de faiblesse et d'anémie du malade rend l'indication nutritive des plus impératives, la poudre de viande, à doses fractionnées, est parfaitement tolérée. Aucune rechute fébrile n'est à craindre, et la durée de la convalescence est sensiblement abrégée. Les praticiens savent combien il est difficile de doubler ce cap du retour à la santé.

Lorque le diabète devient consomptif, qu'il y a de la fièvre, que les malades toussent, enfin que des tubercules et des cavernes se forment dans les poumons, l'alimentation intensive par la poudre de viande est obligatoire, si l'on veut enrayer la marche de ces graves accidents et relever l'état général des forces.

L'obésité, traitée d'après la méthode de Banting, c'est-à-dire par

l'alimentation presque exclusivement azotée, trouve dans la poudre de viande un sûr moyen d'atteindre le but recherché.

Cette méthode, perfectionnée à Marienbad par Schlinder, a donné des résultats étonnants, parfois incroyables.

De l'ensemble des expérimentations cliniques que nous venons de résumer brièvement, il résulte que la poudre de viande est l'aliment thérapeutique par excellence, auquel le praticien doit donner la préférence dans les cas si multiples de troubles digestifs, liés ou non à une affection du tube gastro-intestinal, dans les convalescences pénibles, et dans toutes les maladies chroniques qui tendent à cachexier leurs victimes. Le médecin ne doit cesser d'avoir présent à l'esprit cette vérité de physiologie pathologique, à savoir que la cachexie survient d'autant plus vite et plus sûrement que l'appareil digestif fonctionne mal et que l'alimentation est notoirement insuffisante.

Les préparations carnées artificielles, malgré les soins apportés à leur confection, répugnent néanmoins à certains malades. Grâce à la tablette Rousseau, faite avec de la chair de bœuf condensée, la réalisation des espérances conçues ne sera plus entravée. Sous un faible volume, d'environ 20 centimètres cubes, elle renferme 80 grammes de muscles de bœuf frais. L'inventeur a déjà produit une poudre de viande, irréprochable sous tous les rapports, et des plus estimées. Sa tablette, aux qualités d'une poudre de viande parfaite, joint les mérites du bouillon, « utile dulci ». Elle contient, en effet, dans leur intégralité, les principes inosiques de la viande, tels que l'osmazôme. Aussi, plus n'est besoin de recourir aux grogs, au sirop de punch ou autres excipients, pour vaincre la répugnance des malades !

Un de nos thérapeutes les plus distingués résumait en ces termes les avantages de la tablette Rousseau : « Son goût et son arôme sont ceux du bon bouillon. Sa préparation est des plus faciles, puisqu'elle n'exige que son mélange avec de l'eau pure, froide ou portée à l'ébullition. Sa richesse nutritive (principes azotés et phosphatés assimilables) est considérable. Sa peptonisation est rapide, et sa conservation absolue. »

Les expériences, faites dans le service de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu de Paris, sont des plus concluantes. Pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, les tablettes Rousseau constituèrent le premier aliment qui fut donné aux malades. Elles furent toujours bien supportées, et acceptées avec plaisir, sauf dans un seul cas ; et le re-

tour à la santé se fit moins attendre que d'habitude. Dans nombre de cas de maladies chroniques avec intolérance gastrique, les résultats furent des plus favorables. Ainsi, dans la tuberculose pulmonaire, la cachexie confirmée, les tablettes triomphèrent des vomissements, et remontèrent parfois les forces du malade, d'une façon tout à fait inespérée. Egalement, dans des cas de cancer et d'ulcère de l'estomac, elles furent digérées facilement, alors que tout autre aliment était rejeté : ce qui démontre absolument leur extrême digestibilité. Le même succès fut obtenu dans un cas de métrite chronique avec intolérance gastrique excessive, dans celui d'un cancer du corps de l'utérus, dans une pleurésie chronique gauche avec myocardite scléreuse, etc.

Déjà, nos ambulances militaires sont munies de ce précieux nutriment thérapeutique, appelé à être si utile, après la tourmente de la bataille.

Enfin, dans les colonies intertropicales, pour empêcher l'anémie, conséquence fatale d'un climat torride, et combattre les fièvres graves, la tablette de bœuf condensé est tout indiquée. D'une conservation parfaite, elle peut supporter, sans aucune altération, les plus longs voyages et les températures extrêmes.

FORMULAIRE

—

Indications thérapeutiques des ceintures abdominales, chez les malades atteintes d'affections utérines. (J. Chéron.)

La question des indications thérapeutiques des ceintures abdominales chez les malades atteintes d'affections utérines est devenue une question d'actualité depuis les récents travaux de M. Glénard (de Lyon) sur l'entéroptose et depuis la communication, faite sur le même sujet, par M. Féréol, à la Société médicale des hôpitaux, le 12 novembre 1888.

Une erreur trop souvent commise est celle qui consiste à croire que les ceintures abdominales servent à comprimer l'utérus et à le repousser en arrière lorsqu'il est en antéversion ou en antéflexion pathologique.

Courty a, plus que tout autre, et il y a longtemps déjà, insisté sur ce fait. Il fait remarquer que si elles atteignaient ce but, non seulement elles ne causeraient aucun soulagement, mais elles provoqueraient à coup sûr de vives douleurs ; c'est ce qui arrive souvent lorsqu'on les essaie chez les femmes maigres à abdomen rentrant. Leur action sur la matrice est tout à fait indirecte au contraire. Elles agissent comme la main ou le poing porté de bas en haut au-dessus du pubis, elles relèvent la masse des viscères et la refoulent en haut et en arrière vers le diaphragme, ou en supportant le poids ; dès lors la matrice est déchargée d'une grande partie de ce poids et la douleur qu'il en ressentait diminue ou même cesse tout à fait. « La ceinture doit faire le contraire du corset, dit-il ; le corset pousse tout en bas, la ceinture hypogastrique doit relever et porter tout en haut : l'utérus dès lors est préservé. »

On voit que, dans cette description du mode d'action des ceintures abdominales, il y a presque l'intuition du rôle de l'entéroptose dans les troubles de la santé chez la femme ; l'épreuve même et la contre-épreuve de la sangle s'en déduisaient si naturellement que, depuis longtemps, je n'ai jamais conseillé une ceinture abdominale ou hypogastrique, sans avoir fait au préalable cette épreuve.

Les belles recherches de M. Glénard ont jeté un jour très vif sur cette question et nous ont permis de comprendre pourquoi un certain nombre de malades, atteintes de rétroversion ou de rétroflexion, auxquelles on avait ordonné des ceintures, qui ne pouvaient qu'accentuer la déviation utérine, refusaient cependant de les abandonner ; elles se trouvaient beaucoup mieux, à tous les points de vue, depuis qu'elles portaient une ceinture et leurs souffrances s'étaient aggravées toutes les fois qu'elles avaient essayé de la supprimer. Evidemment il s'agissait, dans ces cas, d'entéroptose, et les troubles accusés par le déplacement des viscères abdominaux prédominaient sur ceux que déterminait la déviation de l'utérus.

L'indication primordiale des ceintures abdominales, avec nos connaissances nouvelles sur ce sujet, ne réside donc plus dans telle ou telle position de la matrice ; elle se tire uniquement du bien-être éprouvé par les malades lorsque, à titre d'épreuve, on soulève les viscères abdominaux vers le diaphragme, et des malaises ressentis de nouveau lorsqu'on lâche brusquement la compression.

Directeur-Gérant, D[r] J. Chéron.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

TABLE ALPHABÉTIQUE

D

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.